Nr. 9. 3. marca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.

O nowszych sposobach rozpoznawania nowotworów rdzenia.

Z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przedmiot dzisiejszego wykładu wybrałem z dwóch powodów: po pierwsze dlatego, że nowotwory rdzenia rozpoznajemy i umiejscawiamy obecnie nawet w początkowych okresach cierpienia, w czasie dla zabiegu operacyjnego najkorzystniejszym, a powtóre i dlatego, że ze względów już choćby tylko czysto praktycznych, znajomość nowotworów rdzenia jest niezbędna dla lekarzy praktyków.

Nowotwory rdzenia klinicznie przedstawiają obrazy powolnie narastającego ucisku na rdzeń. Podobne objawy mogą też dawać sprawy chorobowe, toczące się w kręgach, oponach i korzonkach rdzeniowych. Najczęściej gruźlica kręgosłupa jest przyczyną ucisku na rdzeń.

Przerzuty raka do kręgów stosunkowo często powodują ucisk rdzenia. Zmiany kiłowe w kręgach z objawami rdzeniowemi są rzadkie. Mogą one powstawać i w wiele lat po zakażeniu. Widziałem u człowieka 70-letniego porażenie rdzeniowe wywołane przez kiłę kręgów szyjnych. Objawy rdzeniowe wystąpiły u tego chorego prawie w lat 50 po zakażeniu się.

O przyrodzie spraw toczących się w kręgach, a dających objawy ucisku na rdzeń, rozstrzygają wyniki badania chirurgicznego i rentgenologicznego.

W przestrzeni zawartej między kośćcem kręgosłupa, a workiem oponowym rdzenia mogą się rozwijać raki i to najczęściej jako przerzuty z sutka, mięsaki, chrzęstniaki i inne nowotwory.

W samych oponach rdzenia widujemy liczne nowotwory, zarówno złośliwe jak i dobrotliwe. Żylakowato rozszerzone żyły i ropnie mogą również naśladować zespół objawów guzów rdzenia.

Przypadek nr. 1. Br. P. lat 30, przyjęta 30. IX. 1930 r.

Wywiady: Od 3 miesięcy darcie w nogach i ból w krzyżach. Chwilowa poprawa, od półtora tygodnia nie może oddać moczu, 31. VIII. silne bóle w krzyżach i w nogach, zdrętwienie brzucha, od 3 dni nie może chodzić. Stolec zaparty.

Wynik badania neurologicznego: nerwy czaszkowe i kończyny górne bez zmian. Odruchy brzuszne: górne słabe, dolne zniesione. Kręgi lędźwiowe i krzyżowe bolesne przy opukiwaniu. Kończyny dolne zupełnie porażone, jedynie zachowane bardzo słabe ruchy w palcach nogi lewej. Odruchy kolanowe i achillesowe zniesione. Odruchy podeszwowe bardzo słabe. Lasègue obustronnie bardzo silnie dodatni. Przy ruchach biernych kończyn dolnych silny ból w nogach i krzyżu. Czucie: od D/10 wdół osłabione. Hipestezja na brzuchu i udach wydaje się większa. Chora podaje czucie bardzo zmiennie. Niemożność oddawania moczu. Na pośladku odleżyny. Ciepłota ciała prawidłowa.

6. IX. Roentgen (dr. Korabczyńska): kręgosłup bez zmian.

12. IX. myelografja: lipjodol zatrzymał się w połowie X kręgu piersiowego.

Rozpoznano: *tumor medullae spinalis in regione* D/12.

16. IX. w czasie zabiegu operacyjnego (prof. Rutkowski) znaleziono na wysokości D/XI, XII zrosty, a od L/I ku dołowi 4—5 cm długi ropień, leżący po lewej i tylnej stronie rdzenia.

Po operacji porażenie kończyn dolnych utrzymywało się nadal, bóle ustąpiły. Zatrzymanie moczu. Obrzęk stóp. Sztywność karku. Mąż zabrał chorą w 10 dni po zabiegu w stanie bardzo ciężkim.

Przechodzimy do omówienia właściwych nowotworów rdzenia. Z punktu widzenia klinicznego dzielimy przebieg nowotworów rdzenia na dwa okresy: przedporażenny i porażenny. Okres przedporażenny praktycznie najważniejszy, bo w tym czasie są najkorzystniejsze warunki dla zabiegu operacyjnego, cechuje się przedewszystkiem bólami. Możnaby go też nazywać okresem bólowym. Chorzy skarżą się wówczas na bóle, ściśle umiejscowione albo rozlane. Bóle umiejscowione mają najczęściej charakter bólów korzonkowych. Początkowo bywają przeważnie jednostronne, ale szybko zmieniają się na obustronne, a niejednokrotnie opasujące. Mogą one być stałe albo napadowe. Bóle stałe wzmagają się w czasie kaszlu, kichania i niektórych ruchów, bóle napadowe występują najsilniej w nocy. Natężenie bólów bywa rozmaite, od uczucia lekkiego mrowienia do bardzo silnych napadów bólowych, które uspokoić można jedynie morfiną. Przyczyną wywołującą ból jest ucisk nowotworu na korzonek rdzeniowy. Dlatego też chory potrafi zupełnie ściśle wskazać, którędy ból przebiega. Dokładne zebranie wywiadów o jakości i umiejscowieniu bólu ma bardzo ważne kliniczne znaczenie, gdyż chory sam wskazuje nam niejako miejsce, w którem guz uciska na rdzeń.

Oprócz bólów korzonkowych, pozwalających na umiejscowienie nowotworu, występują jeszcze i bóle rozlane. Bóle rozlane powstają wskutek ucisku na tory wśródrdzeniowe. Niekiedy występują też tak zwane bóle sympatyczne. Bóle korzonkowe są dobremi drogowskazami do umiejscowienia nowotworu, bóle rozlane budzą jedynie podejrzenie w kierunku nowotworu, ale nic nie mówią o umiejscowieniu rozwijającego się guza w rdzeniu. Bóle pochodzące od ucisku na drogi rdzeniowe promieniują znacznie niżej od ich usadowienia, wchodzą w kończyny i tułów. Bóle takie powstają przy umiejscowieniu się nowotworu w obrębie rdzenia szyjnego, piersiowego górnego i środkowego. Podobnie jak i bóle korzonkowe bywają one początkowo często jednostronne, ale szybko zmieniają się na obustronne i obejmują najczęściej po kilka pni nerwowych. Zależnie oczywiście od usadowienia się guza promieniują silniej do kończyn górnych lub dolnych. Nasilenie ich bywa bardzo różnorodne, podobnie jak i bólów korzonkowych. Bólom sympatycznym, które występują najczęściej po wewnętrznej stronie dłoni i to w obrębie 4 i 5 palca, towarzyszą zazwyczaj zaburzenia naczynio-ruchowe.

Badanie przedmiotowe rozpoczynamy od zdjęcia rentgenologicznego kręgosłupa i to conajmniej od dwóch zdjęć, przedniotylnego i bocznego, aby móc wykluczyć, czy przyczyną bólów nie są zmiany w samym kręgosłupie. Wynik badania neurologicznego w okresie przedporażennym może być poza wyżej opisanemi bólami całkowicie ujemny. Zdarzają się jednak chorzy, u których już w pierwszym okresie można wykazać zupełnie pewne zmiany przedmiotowe w układzie nerwowym. Nieraz występuje osłabienie czucia typu korzonkowego przeważnie na dotyk, a u niektórych chorych najwcześniej występują zaburzenia czucia cieplnego. Czasami udaje się znaleźć wąziutki pas przeczulicy bólowej tak wyraźnej, że najsłabsze nawet dotknięcie pendzelkiem jest odczuwane przez chorego bardzo boleśnie. Odruchy ścięgniste, zależnie od usadowienia się nowotworu, mogą być osłabione a nawet zniesione lub też znacznie wzmożone. W tym też okresie możemy czasem stwierdzić w pewnych grupach mięśniowych wyraźne zaniki przy stosunkowo dobrych jeszcze odczynach elektrycznych. Czasem wzdłuż przebiegu zajętego korzonka pokazuje się opryszczka na skórze. U niektórych chorych wyrostki ciernistе poniżej nowotworu bywają bolesne na ucisk.

Okres bólowy może trwać od kilku tygodni do kilku lat. Bóle mogą się częściowo uspokoić i pozornie nawet minąć, ale po jakimś czasie wracają. W okresie bólowym chory ma najlepsze warunki do zabiegu operacyjnego. Rzadkie są wypadki, rozpoczynające się odrazu porażeniem, bez poprzedzającego okresu bólowego. Poświęciłem tu więcej miejsca okresowi pierwszemu, bo staraniem naszem winno być rozpoznawać nowotwory w tym właśnie czasie ze względu na najkorzystniejsze warunki dla zabiegu chirurgicznego. Niestety zdarza się, że z braku objawów przedmiotowych, dających się wykazać, chorzy ci pozostają bez właściwego rozpoznania. Pomyłki bywają różne, zależnie od usadowienia się guza. Bóle korzonkowe, opasujące klatkę piersiową są czasami błędnie rozpoznawane jako bóle opłucnowe lub sercowe, w obrębie jamy brzusznej jako nerkowe lub wątrobowe, a w kończynach górnych i dolnych jako gośćcowe, lub jako rwa kulszowa.

Po krótszym lub dłuższym okresie bólowym zbliża się powoli, ale nieubłaganie okres drugi, porażenny. Okres drugi dzielimy jeszcze dla przejrzystości opisu na dwa podokresy, które nie dają się jednak od siebie tak ściśle odgraniczyć, jak okresy bólowy i porażenny. Pierwsza faza drugiego okresu może być porażeniem typu Brown-Séquarda, przyczem porażenie ruchów i zmiany czu-

cia głębokiego występują po stronie nowotworu, a zaburzenia czucia dotyku, bólu i ciepła w drugiej połowie ciała. Nie u wszystkich jednak chorych z guzami rdzenia udaje się wyśledzić tę fazę, bo czasem po okresie bólowym następuje bezpośrednio zupełne porażenie. Porażenie rozwija się zazwyczaj powoli i stopniowo. Chorzy odczuwają coraz to większą ciężkość nóg, coraz trudniej im chodzić, aż wreszcie tracą zupełnie możność chodzenia. Zmianom porażennym towarzyszą zazwyczaj coraz głębsze zaburzenia czucia, a odruchy kończyn dolnych wzmagają się. Wypada oczywiście czynność rdzenia położona poniżej nowotworu. Zależnie od wysokości, na jakiej rozwija się guz, powstaje odpowiadające danemu odcinkowi zaburzenie. Jeżeli nowotwór usadowi się na wysokości dolnego rdzenia szyjnego, występuje porażenie z zanikami mięśni w kończynach górnych i porażenie kurczowe kończyn dolnych, któremu towarzyszy osłabienie czucia.

Guz rozwijający się w okolicy rdzenia piersiowego pozostawia kończyny górne nieuszkodzone, zaburzenia zaś występują w kończynach dolnych. Nowotwory rozwijające się w okolicy rdzenia lędźwiowego cechują się bólami przypominającemi rwę kulszową, przeważnie obustronną, bólami w krzyżach, narządach płciowych, zmianami w odruchach ścięgnistych kończyn dolnych. Nie mogę tutaj przedstawić symptomatologji nowotworów rdzenia, są to już dane zbyt szczegółowe, pragnąłem jedynie zupełnie schematycznie naszkicować najczęstsze zespoły.

Nowotwory rdzeniowe usadowione na wysokości rdzenia szyjnego i piersiowego po różnie długim czasie trwania prowadzą wreszcie do zupełnego porażenia. Najczęstszym typem porażenia jest tak zwane porażenie w ułożeniu wyprostnem. Chorzy leżą z nogami wyprostowanemi we wszystkich stawach. Bierne nawet ruchy są znacznie utrudnione spowodu przykurczów, które przy próbach zgięcia jeszcze się silniej wzmagają. Od czasu do czasu stwierdza się napadowe skurcze z nagłem przygięciem albo też bardzo bolesne *crampi* w nogach. Odruchy ścięgniste (kolanowe i achillesowe) są bardzo silnie wzmożone a często jedno uderzenie w ścięgno wywołuje szereg szybko po sobie następujących odruchów. Klonusy rzepek i stóp dają się bardzo łatwo wywoływać. Stwierdza się wyraźne odruchy Babińskiego, Oppenheima i inne, świadczące o uszkodzeniu dróg piramidowych. Jeżeli nowotwór leży w górnej i średniej części rdzenia piersiowego, odruchy brzuszne są zniesione. Czucie dotykowe, bólowe i cieplne zniesione lub osłabione, oczywiście do granicy odpowiadającej zajętemu odcinkowi rdzenia. Na górnej granicy osłabionego czucia daje się czasem stwierdzić wąziutki pasek przeczulicy, jak to wykazali Babiński i Jarkowski. W pewnych wypadkach nawet w tym okresie nie udaje się stwierdzić żadnych przedmiotowych zmian czucia.

Rzadszą postacią porażenia jest tak zwane porażenie z przygięciem. W przeciwieństwie do poprzednio opisanego porażenia, gdzie kończyny są wydłużone, tutaj są bardzo wyraźnie skrócone. Stopa ułożona w zgięciu grzbietnem, nogi zgięte w kolanach, udo przyciągnięte do podbrzusza. Odruchy ścięgniste bywają osłabione, a czasem nawet zupełnie zniesione. Odruchy obronne dają się wywoływać szczególnie łatwo. Lekkie dotknięcie nogi probówką z zimną lub gorącą wodą lub uszczypnięcie w skórę na stopie wywołuje wystąpienie tak zwanego potrójnego zgięcia. (Zgięcie grzbietne stopy, zgięcie w kolanie i przyciągnięcie uda do podbrzusza). Objaw ten nosi też nazwę objawu skrócenia kończyny. Z chwilą ustania działania bodźca drażniącego, kończyna wraca do swego stałego ułożenia.

Bardzo rzadko przy nowotworach rdzenia występuje porażenie wiotkie, które może być tylko wstępem do porażenia kurczowego. W tych wypadkach odruchy ścięgniste bywają prawidłowe, osłabione lub zniesione, udaje się jednak łatwo wywołać odruch Babińskiego. Czucie zazwyczaj bez zmian.

Nawet w późnych okresach porażenia zabieg operacyjny może dać jeszcze pomyślne wyniki, jak naprzykład w naszym *przypadku Nr. 2.*

M. M., lat 45, przyjęta 5. IV. 1929. Przed dwoma laty stały ból prawej kończyny górnej przez 3 miesiące. W tym czasie wystąpiło osłabienie kończyn dolnych narastające. Od roku nie może chodzić. W nogach uczucie mrowienia i gorąca. Od kilku miesięcy niemożność dłuższego zatrzymania moczu. Stolec zaparty. Neurologicznie: nerwy czaszkowe bez zmian. W obrębie prawej dłoni wyraźne zaniki z odczynem zwyrodnienia. Dolne kręgi szyjne na ucisk bolesne. Z odruchów brzusznych tylko górne w śladach. Kończyny dolne: ruchy czynne zniesione. Napięcie mięśniowe bardzo silnie wzmożone, więcej po lewej. Odruchy kolanowe i achillesowe żywe, równe. Babiński, Oppenheim obustronny +. Odruch potrójnego zgięcia obustr. ++. Czucie dotyku i bólu: osłabienie od D_3—L_2, odtąd wdół jednakowo czucie gorsze. Odczyn Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny. Nonne-Apelt bardzo silnie dodatni 1/400. Rentgenologicznie w 3 ostatnich kręgach szyjnych i I. piersiowym nieznaczne wyjaśnienie obrazu kręgów oraz smugowate plamy cieniowe.

25. IV. przeniesiona na Klinikę Chirurgiczną do zabiegu z rozpoznaniem *neoplasma in regione cervicalis inferior et thoracalis superior.*

7. V. zabieg operacyjny. (prof. Rutkowski). Usunięto z tylnej powierzchni rdzenia guz o ścisłych granicach, podłużny, długości 6 cm, podoponowy, przylegający górną granicą do dolnego odcinka rdzenia szyjnego.

26. VI. chora zabrana przez męża. Neurologicznie stan o tyle lepszy, że zjawiły się ruchy aczkolwiek tylko w śladach w palcach nóg, a obniżenie czucia przesunęło się do D_5.

22. III. 1931. chora badana ambulatoryjnie. W 3 miesiące po wyjściu ze szpitala zaczęła chodzić. Obecnie chodzi, ale nogi jeszcze męczą się. Mocz co dwie godziny. Stolec prawidłowy. Na tułowiu po stronie prawej pas hiperalgetyczny od D_3 — D_5 z przodu, sięgający tyłu od szyi do D_{10}. Napięcie lewej nogi wzmożone. Odruchy kolanowe i achillesowe bardzo żywe. Ruchy wszystkie możliwe. Czucie głębokie niezaburzone. Niezborność 0.

Omówiony tutaj schematycznie kliniczny przebieg nowotworów rdzenia możnaby streścić w następujących kilku zdaniach: 1) początkowy okres cierpienia cechuje się bólami korzonkowemi, rozlanemi lub rzekomo neuralgicznemi 2) cierpienie przebiega przewlekle, okazując jednak powolne, ale stałe pogorszenie. 3) przeważnie powoli i stopniowo rozwija się porażenie kurczowe, z wybitnie wzmożonemi odruchami ścięgnistemi, piramidowemi i wyraźnemi odruchami obronnemi. 4) porażeniu ruchowemu towarzyszą przeważnie zaburzenia czucia.

Dotychczasowy opis dotyczy nowotworów pozardzeniowych. Nie mamy jeszcze zupełnie pewnych sprawdzianów, pozwalających na ścisłe różniczkowanie między nowotworami wśród i poza-rdzeniowemi. Przy nowotworach wśródrdzeniowych porażenie nie jest przeważnie tak silne jak przy pozardzeniowych. Bóle korzonkowe są również znacznie rzadsze, aniżeli przy pozardzeniowych. Często natomiast spowodu uszkodzenia rogów przednich rdzenia występują zaniki mięśniowe, które wskazują na umiejscowienie nowotworu. Odruchy obronne występują znacznie słabiej, aniżeli przy nowotworach pozardzeniowych. Zaburzenia czucia bywają często podobne, jak przy jamistości rdzenia (zachowane czucie dotyku przy osłabieniu lub zniesieniu czucia bólowego i cieplnego).

Po rozpoznaniu nowotworu rdzenia należy sobie jeszcze odpowiedzieć na cztery następujące pytania: 1) na jakiej leży wysokości, 2) czy jest wśród czy pozardzeniowy, 3) jak leży w stosunku do rdzenia, 4) czy jest poza czy też pod oponą twardą. Dwa pierwsze pytania omówiliśmy już poprzednio. Pozostaje odpowiedzieć na dwa ostatnie. Jedynie odpowiedź na pytanie pierwsze, to znaczy na jakiej wysokości znajduje się nowotwór, jest dość pewna. Odpowiedzi na pozostałe trzy pytania są wątpliwe. Odpowiedź na trzecie pytanie, t. zn. jaki jest stosunek nowotworu do rdzenia, mogą nam ułatwić następujące spostrzeżenia: przy nowotworach usadowionych na tylnej powierzchni rdzenia objawy bólowe są bardzo wyraźne, czucie osłabione ale bez objawów rozszczepienia. Nowotwory na przedniej powierzchni rdzenia, wskutek tego, że uciskają na komórki rogów przednich, powodują zaniki mięśniowe, odpowiadające zajętym odcinkom rdzenia. Zaburzenia czucia występują później (częste rozszczepienie czucia).

Nowotwory leżące na bocznej ścianie rdzenia dają przedewszystkiem wyraźnie zaznaczone zespoły Brown-Séquarda. Nie posiadamy jeszcze pewnych sprawdzianów, pozwalających na rozpoznanie, czy dany guz leży nad, czy pod oponą twardą. Duża odległość między górną granicą zaburzeń czucia, a dolną granicą dla odruchów obronnych świadczy, według Babińskiego i Jarkowskiego, o pozaoponowem położeniu nowotworu. Raz jeszcze podkreślam, że stosunkowo pewną jest jedynie odpowiedź na pytanie, na jakiej wysokości leży nowotwór.

Kilka słów należy jeszcze poświęcić rozpoznaniu różniczkowemu. W okresie pierwszym, bólowym rozpoznanie jest oczywiście najtrudniejsze, a przy ujemnym wyniku badania neurologicznego jest ono wręcz niemożliwe bez zastosowania dodatkowych sposobów badania, które tu omówię następnie. Jeżeli bóle mogą budzić podejrzenie na nowotwór rdzenia, powinniśmy chorego dokładnie przebadać neurologicznie oraz wykonać odpowiednie badania pomocnicze. W okresie porażennym musimy różniczkować (po wykluczeniu zmian chorobowych w samym kręgosłupie) między takiemi cierpieniami, jak: *sclerosis disseminata, sclerosis lateralis amyotrophica*, kiłą rdzenia i opon. Bardzo trudne może być odróżnienie od jamistości rdzenia, szczególnie jeżeli rozwija się glejak, tworzący torbiele. *Meningitis adhaesiva circumscripta* daje obrazy prawie te same co nowotwory rdzenia. Dlatego też rozróżnienie tych chorób jest bardzo trudne, a czasem wręcz niemożliwe, jedynie wywiady ułatwiają

niekiedy zadanie. Według Horsley'a, który po raz pierwszy cierpienie to opisał w 1903 r., bóle korzonkowe są więcej rozlane, aniżeli przy nowotworach rdzenia. Zmiany czucia mają być wybitniejsze, aniżeli porażenne. Wreszcie cierpienie ma się rozwijać rzutami, a w przebiegu daje się stwierdzać okresy zwolnienia z gwałtownie występującemi pogorszeniami. Christiansen chyba niesłusznie zaprzecza możliwości istnienia samoistnej *meningitis cystica*, którą uważa jedynie jako sprawę towarzyszącą nowotworowi niżej leżącemu. Radzi on po stwierdzeniu *meningitis cystica* szukać nowotworu dalej.

Przypadek Nr. 3. M. M. lat 23, przyjęta 6. XII. 1930. Wywiady: Od 8 miesięcy wzmagające się bóle karku. W drugim miesiącu wystąpiło osłabienie rąk i nóg, które stale wzrasta. Na szereg miesięcy przedtem uczucie zdrętwienia w prawej, a potem lewej ręce, następnie zatracała w rękach czucie. W międzyczasie przebyła ciężką grypę. Ostatnio urodziła w 7 miesiącu spowodu choroby nerek. Białko w moczu dotychczas. Napady duszności. Stan neurologiczny: okolica potylicy zwłaszcza po stronie lewej bolesna opukowo. Sztywność karku. Ruchy głową ku przodowi i ku tyłowi bolesne. Źrenice okrągłe, równe i dobrze oddziaływujące. Kończyny górne: mięśnie barku słabo rozwinięte, ale wybitnych zaników brak. Ruchy czynne w ręce prawej zachowane, w lewej osłabione, nie może jej unieść ponad poziom. Upośledzenie wyprostowania dłoni lewej. Ruchy bierne bez zmian. Napięcie mięśniowe większe po lewej. Siła po prawej większa niż po lewej. Niezborność 0. Brak odruchów brzusznych. Kończyny dolne: upośledzenie ruchów stopą prawą nieznaczne, większe po lewej. Napięcie mięśniowe wzmożone



Ryc. 1. Guz i rdzeń przypadku Nr. 3.

więcej po lewej. Niezborność 0. Odruchy kolanowe klonicznie wzmożone, achillesowe żywe. Babiński, Oppenheim, Rossolimo, Strümpell, obustronnie ++, czasem M. Bechterew po prawej. Romberg +. Chód kurczowy. Czucie: znaczne upośledzenie wszystkich trzech rodzajów czucia od C_2 wdół, najwybitniejsze w kończynach górnych. Na Oddziale chora skarży się na bóle w karku, promieniujące w tyłogłowie oraz na duszność (płuca i serce bez zmian). Dno oczu bez zmian. Radjologicznie bez zmian. Odczyn Wassermanna z krwi i płynu ujemny.

Rozpoznanie: *tumor med. spin. cervicalis superioris suspectus.* 17. I. 1931. Zabieg (prof. Rutkowski). Od trzeciego kręgu szyjnego do pierwszego piersiowego opona miękka przekrwiona i nastrzykana. Łączy się zlepami z oponą twardą. Zlepy rozdzielono. Sama tkanka rdzeniowa niezmieniona.

Po operacji stan chorej poprawił się znacznie. Bóle wybitnie osłabły, brak duszności.

2. IV. 1931. Wypisana do domu.

9. VIII. 1932. Przyjęta ponownie. Po opuszczeniu kliniki przebyła bardzo ciężki poród. W 9 miesiącu ciąży zrywania w nodze prawej. Po porodzie gorączka przez dwa tygodnie. W czasie gorączki drętwienie w kończynach. Po jakimś czasie silne bóle głowy, zwłaszcza przy ruchach. Od tego czasu niema czucia oddawania moczu i stolca.

Neurologicznie: czaszka na opuk wrażliwa. Ruchy głową ograniczone wskutek bólu, zwłaszcza w lewo. Kręgosłup szyjny na dotyk bardzo tkliwy. Kończyny górne ułożone w nieznacznem odprowadzeniu od tułowia. Ruchy czynne najwięcej upośledzone w stawach barkowych, w łokciowych mniej, a najmniej w dłoniach i palcach. Przy ruchach biernych kończyn górnych hipotonja. Siła bardzo wybitnie upośledzona, więcej w lewej. Odruchy ścięgniste i okostnowe wzmożone, więcej po lewej. Pnie nerwowe niebolesne. Brak odruchów brzusznych. Kończyny dolne ułożone bezwładnie. Ślad ruchów czynnych w stawach kolanowych i biodrowych. Ruchy stopami i palcami wybitnie upośledzone. Hipotonja. Odruchy kolanowe: prawy mniejszy od lewego. Achillesowe: prawy wzmożony, lewy żywy. *Clonus pedis d. verus.* Po prawej skłonność do Babińskiego. Rossolimo i M. Bechterew po prawej ++. Czucie głębokie niezaburzone. Czucie: od C_1 wdół, hipalgezja i hipestezja. Objawów oponowych nie stwierdzono. Płuca i serce bez zmian. Cewnikowana. 12. VIII. utrudnienie połykania, 22 oddechy na minutę, tętno 92. 13. VIII. po zabiegu operacyjnym (prof. Rutkowski), w czasie którego usunięto oponę twardą na wysokości III i IV kręgu szyjnego, chora umiera spowodu obrzęku płuc. Przy rozbiorze zwłok na wysokości II przestrzeni międzykręgowej szyjnej guz wielkości jaja kurzego, miękki, który jedną odnogą wciska się między trzon kręgu a kanał rdzeniowy, uciskając rdzeń od przodu. Histologicznie: *fibroma molle.*

Stosunkowo doniedawna klinicyści mogli się byli tylko i wyłącznie opierać na podanych tu przez nas w skróceniu sposobach badania celem rozpoznawania i umiejscawiania nowotworów rdzenia. Gowers w 1887 r. rozpoznał i umiejscowił guz rdzenia, który Horsley szczęśliwie usunął. Drogą wskazaną przez Gowersa i Horsley'a poszli następnie i klinicyści innych krajów. Ostatni dziesiątek lat przyniósł nam kilka prostych w pomyśle i łatwych w wykonaniu sposobów pomocniczych ułatwiających rozpoznanie nowotworów rdzenia.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Ludwik SZYGOWSKI, Asystent Kliniki. Poznań.

Placenta praevia a sepsis puerperalis.

Z Wojewódzkiej i Uniwersyteckiej Kliniki dla Kobiet w Poznaniu.
Dyrektor: Prof. Dr. B. Kowalski.

Warunki dla powstania zakażenia połogowego w przypadkach łożyska przodującego są bardzo pomyślne. W tych razach łożysko mieści się tuż nad pochwą, w której, jak wiemy, zawsze znajdują się najrozmaitsze bakterje. Z chwilą więc odklejenia się łożyska, dostęp bakteryj znajdujących się w pochwie do ziejących otworem naczyń krwionośnych macicy w miejscu odklejającego się łożyska jest bardzo łatwy, zwłaszcza przy zabiegach wewnątrzpochwowych i wewnątrzmacicznych, zazwyczaj niezbędnych podczas tak powikłanego porodu.

Przy normalnym porodzie miejsce po odklejonem łożysku, przedstawiające dużą ranę, leży daleko od pochwy pełnej zazwyczaj mikrobów.

Mając to na uwadze, rozpatrywałem częstość występowania zakażenia połogowego przy łożysku przodującem, uwzględniając w dodatku jeszcze dalsze czynniki, które mogą przyczynić się do wystąpienia gorączki połogowej przy każdym normalnym porodzie, a tem więcej przy porodzie powikłanym łożyskiem przodującem. Mianowicie:

1. Ilość badań wewnętrznych. (Przez kogo wykonanych, lekarz czy akuszerka).
2. Specjalne zabiegi dokonywane przed przybyciem do kliniki.
3. Stopień wykrwawienia.
4. Obecność spraw zapalnych (gc) lub stanów pozapalnych narządów rodnych.
5. Czas, jaki upłynął od chwili pęknięcia pęcherza płodowego.
6. Wiek pacjentki.

Zanim przejdę do omówienia właściwego tematu, wspomnę pokrótce o etjologji łożyska przodującego i gorączki połogowej.

Łożysko przodujące występuje wówczas, gdy jaje zapłodnione usadawia się i rozwija w dolnym odcinku macicy. Łożys-

ko pokrywać może przytem ujście wewnętrzne, częściowo albo całkowicie lub przylegać brzegiem do ujścia wewnętrznego. Klinicznie rozpoznaje się wtedy *placenta praevia centralis, lateralis* lub *marginalis*.

Normalnie jaje płodowe zagnieżdża się na przedniej lub tylnej ścianie trzonu macicy, zazwyczaj w pobliżu jednego z jej rogów. W miejscach tych wytwarza się później łożysko.

Caruso twierdzi, że łożysko znajduje się częściej na przedniej ścianie trzonu macicy, aniżeli na tylnej.

Przyczyny, dla których jaje płodowe nie zagnieżdża się w trzonie macicy, lecz w dolnym odcinku, są właściwie nieznane. Jedni dopatrują się powodów w samem jaju i uzależniają to od „późnej dojrzałości do zagnieżdżenia się“. Autorzy ci mówią zatem o wczesnej i późnej dojrzałości do zagnieżdżenia się. W przypadku wczesnej dojrzałości dochodzić może do powstania ciąży pozamacicznej.

Drudzy uzależniają to natomiast od życiowej energji jaja zapłodnionego, która może być większa albo mniejsza. W przypadkach łożyska przodującego energja życiowa zapłodnionej komórki jajowej ma być mniejsza.

Inni autorzy dopatrują się przyczyn w błonie śluzowej macicy i twierdzą, że *endometritis* jest główną przyczyną łożyska przodującego. W tych przypadkach jaje płodowe zostaje spłókiwane i zsuwane ku dołowi przez obfite wydzieliny chorobowo zmienionej śluzówki macicznej. Autorzy ci zwracają uwagę przytem na fakt częstszego występowania łożyska przodującego u wieloródek, u których wskutek licznych porodów częściej występują zmiany chorobowe śluzówki macicy, aniżeli u pierwiastek.

Zakażenia połogowe mogą powstać przez zakażenie pierwotne, zakażenie wtórne i przez t. zw. samozakażenie. Znamy liczne drobnoustroje mogące wywołać zakażenia połogowe. Główną rolę odgrywają: *streptococcus pyogenes, haemoliticus, viridans et mucosus, staphylococcus aureus et albus, bact. coli commune, gonococcus, pneumococcus* i liczne beztlenowce względne jak i bezwzględne.

Występowanie samozakażenia w połogu, w ścisłem tego słowa znaczeniu, to znaczy bez w jakikolwiek sposób powstałej infekcji zzewnątrz oraz bez przeniesienia się drobnoustrojów poprzednio już znajdujących się w organizmie rodzącej, do dzisiejszego dnia nie jest udowodnione.

Nad zagadnieniem samozakażenia w położnictwie pracowało bardzo wielu autorów, zarówno klinicystów jak i bakterjologów, mimo to sprawa do dzisiejszego dnia nie została zupełnie wyświetlona. To co jedni autorzy uważają za samozakażenie, drudzy uważają za typową infekcję zzewnątrz.

Ścisłej definicji samozakażenia w położnictwie ogólnie przyjętej dotychczas niema.

Jedni np. Kowalski, Winter, Bumm, Bajoński o samozakażeniu mówią wtedy, jeżeli drobnoustroje, a zwłaszcza hemolizujące paciorkowce, od „dłuższego czasu“ przed porodem znajdują się w pochwie i w szyjce macicy, nie wywołując tam żadnych objawów chorobowych, a w połogu powodują zakażenie.

Drudzy np. Zweifel, Bondy, zaliczają do samozakażenia te przypadki, w których przed porodem w wydzielinie pochwy nie stwierdzono paciorkowców, a po ściśle aseptycznie przeprowadzonym porodzie z wydzieliny połogowej pochwy można było je wyhodować.

Semmelweis po raz pierwszy wprowadził do nauki położnictwa pojęcie samozakażenia. Od czasu Semmelweisa aż do początku XX wieku, a zwłaszcza w okresie rozwoju nauki o aseptyce i antyseptyce w położnictwie, pojęcie samozakażenia w połogu ogólnie było przyjęte i uznane. Dopiero Aschoff poddał rewizji zapatrywania te, ogłaszając swój schemat możliwości infekcji w połogu. Aschoff odróżnia:

1. Samozakażenie: jeżeli wskutek pewnej dyspozycji ustroju u rodzących lub położnic, niebadanych wewnętrznie, samo przez się przychodzi do zakażenia drobnoustrojami endogenicznemi przebywającemi normalnie w dolnych odcinkach pochwy.

2. Zakażenie sztuczne endogeniczne: jeżeli przez palce, lub narzędzia wyjałowione osoby przeprowadzającej poród lub lekarza, drobnoustroje normalnie znajdujące się na zewnętrznych częściach płciowych i w dolnych odcinkach pochwy, zostaną przeniesione do górnych odcinków kanału rodnego.

3. Autoinfekcja drobnoustrojami endogenicznemi: jeżeli rodząca lub położnica, przez manipulowanie palcami w częściach rodnych, sama przenosi drobnoustroje z dolnych odcinków kanału rodnego i sromu do górnych części dróg rodnych.

4. Autoinfekcja drobnoustrojami ektogenicznemi: jeżeli rodząca lub położnica, wskutek manipulowania palcami w częściach rodnych, przenosi drobnoustroje pasorzytujące na jej palcach do kanału rodnego.

5. Autoinfekcja drobnoustrojami egzogenicznemi: jeżeli rodząca, lub położnica przez dotykanie się materjału septycznego, zanieczyszcza sobie palce, a następnie temi palcami dotyka swoich części rodnych.

6. Zakażenie sztuczne drobnoustrojami egzogenicznemi: jeżeli osoba przeprowadzająca poród lub lekarz, bakterje znajdujące się na ich palcach, czy też niby aseptycznych narzędziach, wprowadzają do kanału rodnego, gdzie ich poprzednio nie było.

7. Zakażenie na drodze krwionośnej, limfatycznej t. j. zakażenie wtórne.

Badania nad samozakażeniem w połogu przeprowadzane były w trzech następujących kierunkach, a mianowicie:

1. W kierunku możliwości zakażenia wskutek samoistnego przewędrowania drobnoustrojów egzogenicznych, przebywających na sromie i kroczu rodzącej, w górne partje kanału rodnego.

2. W kierunku możliwości infekcji przez samoistne przenoszenie się drobnoustrojów endogenicznych t. j. tych, które stale znajdują się w wydzielinie pochwy i szyjki macicznej kobiet rodzących, w górne części kanału rodnego. Wkońcu w kierunku istnienia wpływu, jaki wywiera sam akt porodu i połóg na występowanie jadowitości u drobnoustrojów przebywających w pochwie. Wiadomem bowiem jest, że podłoże, na którem przed porodem rozwijały się bakterje, podczas porodu i w połogu zmienia się całkowicie.

Wynikiem tych badań było przedewszystkiem:

1. Dokładne poznanie flory bakteryjnej całego kanału rodnego i zewnętrznych części płciowych, nietylko kobiet ciężarnych, rodzących i położnic, lecz także kobiet niebędących w ciąży, oraz

2. Udowodnienie, że drobnoustroje znajdujące się na sromie i kroczu mogą samoistnie przenosić się w górne odcinki kanału rodnego. Dowodem tego jest rozkład wód płodowych po przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego, przy przedłużającym się porodzie, jakoteż bakterjologicznie udowodnione pomnażanie się drobnoustrojów w odchodach połogowych, wkońcu zropienie pozostałych części łożyska w macicy.

Badania Króniga, Wegeliusa, Sigwarta, Gönnera i Bajońskiego dowiodły, że zupełnie inna jest flora bakteryjna sromu, inna przedsionka a inna pochwy. Musimy więc ściśle odróżniać florę bakteryjną tych poszczególnych odcinków.

Badania nad florą bakteryjną pochwy oraz sromu, dokonywane przez Sigwarta i Gönnera, wykazały, że wśród bakteryj pochwy mikrobów gnilnych nie było, podczas gdy wśród drobnoustrojów sromu znajdowały się też bakterje gnilne.

Sigwart opierając się na doświadczeniach Gönnera, Fehlinga oraz swoich własnych twierdzi, że nie drobnoustroje pochwy, lecz sromu są przyczyną gnilnych intoksykacyj i gnilnych zapaleń śluzówki macicy.

Badania Waltharda, Bajońskiego, Bumma i innych nad przebiegiem połogu, a florą bakteryjną w pochwie ciężarnych i rodzących wykazały, że:

1. Na przebieg połogu w żaden sposób nie wpływa obecność paciorkowców w wydzielinach pochwy ciężarnych i rodzących.

2. Śmiertelność spowodu zakażenia połogowego przy obecności paciorkowców hemolitycznych w wydzielinie pochwy ciężarnych i rodzących, nie jest większa od śmiertelności występującej przy ich nieobecności.

Według Waltharda:

Na 1031 rodzących, u których paciorkowców w wydzielinie pochwy nie stwierdzono, gorączkowało 104 t. zn. 10%, a spośród 963 rodzących, u których paciorkowce w wydzielinie pochwy znaleziono, gorączkowało 87 t. zn. 9%.

Wśród 43 rodzących, u których stwierdzono paciorkowce hemolityczne, gorączkowały 4 t. zn. 9%.

Według Bajońskiego:

Spośród 56 rodzących, u których w wydzielinie pochwy nie znaleziono paciorkowców, gorączkowało 8, zaś na 44 rodzących, u których w wydzielinie pochwy stwierdzono paciorkowce, gorączkowały 4.

Wspomnieć tutaj należy, że badania Zangenmeistra, Benthina i Sachsa dały wyniki wprost przeciwne wynikom Waltharda, Bajońskiego i Bumma.

Badania flory bakteryjnej pochwy u rodzących i położnic wykazały, że w pochwie rodzących i położnic znajdują się przedewszystkiem, oprócz b. licznych odmian bakteryj swoistych pochwy, gronkowce i paciorkowce. Według Bajońskiego 44%, według Jöttena 53%, według Schmidta 60% rodzących i położnic posiada w wydzielinie pochwy paciorkowce.

Dotychczas nie posiadamy jeszcze dowodów na to, czy paciorkowce znajdujące się w pochwie ciężarnych i rodzących, mogą pod wpływem porodu i połogu, wskutek całkowicie zmienio-

nych warunków bytowania i rozmnażania się uzyskać złośliwość i wywoływać samoistnie gorączkę połogową.

Nie wiemy również, czy paciorkowce z chwilą uzyskania właściwości hemolitycznych stają się jadowite i zdolne do wywoływania zmian chorobowych.

Poprzednio już zaznaczyliśmy, że występowanie gorączki połogowej na skutek samozakażenia dotychczas nie jest udowodnione. Według dzisiejszych ogólnie przyjętych zapatrywań w położnictwie, stoimy na stanowisku, że wykluczyć z całą pewnością nie możemy możliwości samozakażenia podczas porodu i połogu.

Przyjmuje się, że samozakażenie zostaje wywołane przedewszystkiem przez te drobnoustroje, które podczas porodu czy w połogu w jakikolwiek sposób dostały się zzewnątrz do kanału rodnego, a więc drobnoustroje egzogeniczne, nie zaś przez drobnoustroje endogeniczne stale przebywające w pochwie. Niebezpieczeństwa infekcji należy przedewszystkiem dopatrywać się z zewnętrznego otoczenia rodzących i położnic a nie zwewnątrz. Bumm wyraża się dobitnie mówiąc „że niebezpieczeństwo przychodzi zzewnątrz".

Z chwilą przedostania się mikrobów w ten lub inny sposób do organizmu z pierwotnego miejsca zakażenia mogą one rozszerzać się w następujący sposób:

1. Na powierzchni danych narządów zataczając coraz szersze kręgi (np. rzeżączka).

2. Naczyniami limfatycznemi w kierunku tkanki łącznej przymacicznej lub w kierunku otrzewnej, ograniczając się bądźto tylko do tkanki przymacicznej, bądźto do otrzewnej miednicy małej lub też zajmując całą otrzewnę.

3. Drogą naczyń limfatycznych lub żylnych drobnoustroje przedostawać się mogą do ogólnego krwiobiegu, rozwijając się albo w samej krwi lub też w organach miąższowych wywołując właściwe zmiany chorobowe.

4. Wkońcu mikroby mogą działać miejscowo na naczynia krwionośne, mianowicie na żyły tutaj rozpoczynające się, wywołując sprawy zakrzepowe *(endo- et periphlebitis)*. Z miejsc tych rozszerzyć się mogą zakażenia na żyły sąsiednie, zachowując jednakowoż charakter miejscowy, w kierunku wstępującym ku *vena hypogastrica* lub w kierunku zstępującym ku *vena iliaca externa*. Te cztery formy zakażenia połogowego przebiegać mogą oddzielnie lub współrzędnie wywołując zakażenie połogowe miejscowe lub ogólne.

Łożysko przodujące wraz z eklampsją i pęknięciem macicy zaliczamy do najcięższych i najbardziej niebezpiecznych komplikacyi porodowych. Niebezpieczeństwo dla życia matki przy łożysku przodującem polega przedewszystkiem na: skrwawieniu się, na zwiększonej możliwości zakażenia i możliwości embolji powietrznej.

śmiertelności spowodu skrwawienia mimo tego, że jak poprzednio wspominaliśmy, możliwość infekcji przy łożysku przodującem jest bardzo wielka.

Łożysko przodujące występuje, jak wynika z obliczeń, 1 : 1000 — do 1 : 1500 porodów.

Müller	na 876.432 porodów znalazł stosunek 1 : 1078.
Szwarc	na 519.328 porodów znalazł stosunek 1 : 1564.
Rick	na 219.333 porodów znalazł stosunek 1 : 731.
Sicke	na 575.000 porodów znalazł stosunek 1 : 1300.

Musimy rozróżnić częstość występowania łożyska przodującego w klinikach od częstości występowania łożyska przodującego wogóle. Siłą rzeczy w klinikach i szpitalach położniczych łożysko przodujące zdarza się częściej, gdyż w zakładach tych gromadzi się przecież materjał patologiczny.

Według Strassmana łożysko przodujące u wieloródek występuje w 89,05% porodów, u pierwiastek zaś w 10,95% porodów.

Według Pankowa łożysko przodujące u wieloródek występuje w 88,02% porodów, u pierwiastek zaś w 11,8% porodów.

Tematu do pracy mojej dostarczyły mi przypadki łożyska przodującego leczone w tut. klinice w okresie ostatnich 11 lat. W tymże czasie było 200 przypadków łożyska przodującego na 23.625 przypadków położniczych.

W pracy mojej musiałem rozpatrywać przyczyny, dla których odsetek zakażenia połogowego i śmiertelności spowodu tego zakażenia jest przy łożysku przodującem właściwie tak niski. Celem zobrazowania przebiegu połogu w przypadkach łożyska przodującego, posługuję się tablicą, która dla przypadków gorączkowych i niegorączkujących uwzględnia:

1) Ilość badań wewnętrznych; 2) przez kogo wykonanych; 3) ilość zabiegów stosowanych przed przybyciem do kliniki, również przez kogo dokonanych; 4) stopień skrwawienia; 5) ilość poprzednio odbytych porodów oraz przebieg tychże; 6) czas, jaki upłynął od chwili pęknięcia pęcherza płodowego; 7) sposób ukończenia i długość trwania porodu w klinice; 8) ilość pierwiastek. Prócz tego uwzględniam ilość porodów prawidłowych oraz ilość ciąży donoszonych.

Przypatrując się tablicy I. widzimy: Nie gorączkowało w połogu przy łożysku przodującem 155 pacjentek, z tego badanych wewnętrznie przed przybyciem do kliniki było 88, a tamponowanych 17. Pierwiastek było 17. Pozostałe pacjentki, to wieloródki, wśród nich widzimy tylko 52 wieloródki, które poprzednio najwyżej 2 razy rodziły (29 pacjentek 1 raz poprzednio rodziło, a 23 pacjentki 2 razy rodziły). Reszta to wieloródki, które poprzednio ponad 5 razy rodziły.

Tablica I.
(dotycząca przypadków niegorączkujących w połogu).

Rok	Ilość niegorączkujących	Ilość pierwiastek	Zawartość Hb w % (S)	Badane wewnętrznie	Przez lekarza	Przez akuszerkę	Przed przybyciem do kliniki wykonano zabiegi przez lekarza	akuszerkę	Czas pęknięcia pęcherza płodowego	Ilość przebytych porodów	Samorodnych porodów	Ciąży donoszonych	Dzieci żywych	Placenta praevia centralis
1921	10	—	60%	8	5	3	2 tamponowane	2 tamponowane	1 przed 48 godz. 1 przed 12 godz. 1 przed 11 godz.		1	4	3	2
1922	10	1	60%	6	3	3	4 tamponowane	—	W czasie zab.		1	3	1	8
1923	15	—	65%	7	4	3	—	1 tamponowana	1 przed 26 godz.		4	6	9	6
1924	12	3	58%	6	5	1	1 tamponowana	1 tamponowana	1 przed 48 godz. W czasie zab.		1	1	1	5
1925	17	2	60%	13	11	2	3 tamponowane	—	„		2	9	7	5
1926	18	1	60%	11	8	3	—	—	„		3	2	6	8
1927	18	2	58%	9	6	3	2 tamponowane	1 tamponowana	1 przed 29 godz.		1	8	10	8
1928	14	3	60%	9	9	—	—	—	1 przed 32 godz.		—	7	8	4
1929	13	2	60%	5	3	2	—	—	W czasie zab.		1	5	5	6
1930	16	3	65%	9	7	2	—	—	„		—	11	7	12
1931	12	—	60%	5	4	1	—	—	„		2	4	4	8
	155	17		88	65	23	Tamponowanych 17 (lekarz 12 razy — akuszerka 5 razy)			29 (1 raz) 23 (2 razy) Reszta rodziła ponad 4 razy	16	60	61	72

Ze statystyk dotyczących śmiertelności matek przy łożysku przodującem widzimy, że ogólna śmiertelność matek w klinikach wynosi 7%—13%, z tego na samo wykrwawienie przypada 6—8%, na *sepsis puerperalis* 1—3%.

W praktyce ogólnej, ogólna śmiertelność matek wynosi 20%, z tego na skrwawienie przypada 13—15.5%, na *sepsis puerperalis* 4—5%.

Widzimy więc, że śmiertelność matek spowodu zakażenia połogowego przy łożysku przodującem jest znacznie mniejsza od

Chcę zwrócić uwagę na fakt, że spośród tych wieloródek, które najwyżej 2 razy rodziły, jedna część (t. j. 19) została rozwiązana przez cięcie cesarskie, a druga część (t. j. 12) mimo tego, że były badane wewnętrznie, skrwawione i tamponowane, w połogu nie gorączkowała.

Okazało się, że u tych 12 pacjentek, podczas poprzednich porodów, wykonywano albo rewizję macicy albo obrót, szycie ujścia, ręczne wydobycie łożyska lub też były to takie, które w poprzednich połogach gorączkowały wskutek jakiejś infekcji.

Tablica II.

Ilość poprzednio przebytych porodów	W Klinice wykonano	Graviditas mens.	Placenta praevia	Czas pęknięcia pęcherza płodowego	Badania wewnętrzne i zabiegi wykonane poza Kliniką	Przy poprzednich porodach wykonano
1	Ściągnięcie nóżki Ekstrakcja	VIII/IX	*lateral.*	W czasie zab.	Akuszerka dwa razy badała wewnętrznie i tamponowała	Obrót, ekstrakcję, W połogu gorączkowała
2	Kleszcze, Ręczne wydobycie łożyska	X	*margin.*	przed 2 dn.	Lekarz 1 raz badał wewn.	Ręczne wydobycie łożyska 1 raz obrót
1	Metreuryza przez 6 godz. Obrót, Ekstrakcja, Hb. 32%	VIII/IX	*lateral.*	W czasie zab.	Lekarz 1 raz badał wewn.	Ręczne wydobycie łożyska
2	Braxton-Hicks, Obciążenie przez 2 godz.	VIII	*centr.*	W czasie zab.	—	Ręczne wydobycie łożyska
2	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 1½ godz. Veit-Smellie	X	*centr.*	W czasie zab.	Lekarz i akuszerka 1 raz badali wewnętrznie	Ręczne wydobycie łożyska
2	Braxton-Hicks, Obciążenie przez 1 godz. Ekstrakcja Veit-Smellie, *Febris sub partu.*	X	*centr.*	W czasie zab.	—	2 razy kleszcze, 1 raz szycie ujścia
2	Obrót, obciążenie przez 4½ godz. Ekstrakcja, Veit-Smellie, *Collaps.*	X	*centr.*	W czasie zab.	Lekarz badał 3 razy wewn.	2 razy ręczne wydobycie łożyska
2	Samorodnie, *Eclampsia* Ręczne wydobycie łożyska	X	*margin.*	przed 26 godz.	—	2 razy ręczne wydobycie łożyska
2	Obrót, Ekstrakcja	X	*margin.*	W czasie zab.	—	2 razy obrót
2	*Sectio Caesarea transp.*	X	*centr.*	W czasie zab.	Lekarz 1 raz badał wewn.	1 raz ręczne wydobycie łożyska
2	*Sectio Caesarea transp.*	X	*centr.*	W czasie zab.	—	1 raz ręczne wydobycie łożyska
2	Braxton-Hicks, Obciążenie trwające 1½ godz. Rewizja ujścia	VIII/IX	*lateral.*	W czasie zab.	Akuszerka 1 raz badała wewnętrznie	1 raz obrót, 1 raz kleszcze

Tablica III.

Ilość przeb. porod.	Placenta praevia	Czas pęknięcia pęcherza płodowego	Graviditas mens.	Poza Kliniką wykonano	Ilość Hb w % (S)	W klinice wykonano
8	*margin.*	W czasie zab.	X	1 raz badał wewn. lekarz	52%	Poród samorodny. Rewizja macicy.
6	*margin.*	przed 11 godz.	VIII	1 raz badała wewnętrznie akuszerka	40%	Obrót. Ekstrakcja. Ręczne wydobycie łożyska.
8	*central.*	W czasie zab.	VII/VIII	1 raz badał wewn. i tamponował lekarz	30%	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 3½ godz.
11	*central.*	W czasie zab.	X	2 razy badała wewn. akuszerka 1 raz lekarz tamponował	48%	Braxton-Hicks. Obciążenie przez 1 godz.
11	*margin.*	W czasie zab.	VIII/IX	1 raz badała wewnętrznie akuszerka	49%	Ściągnięcie nóżki. Ekstrakcja. Credé. Płód zmacerowany, cuchnący.
5	*central.*	W czasie zab.	VIII/IX	1 raz lekarz tamponował	33%	Braxton-Hicks Obciążenie przez 1 godz. Credé.
6	*central.*	W czasie zab.	VII/VIII	1 raz akuszerka tamponowała	48%	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 4 godz.
9	*lateral.*	W czasie zab.	VIII	1 raz badał wewn. lekarz	50%	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 9 godz.
7	*lateral.*	przed 6 godz.	X	1 raz lekarz tamponował	28%	Balon. Obrót. Obciążenie przez 7½ godz.
11	*lateral.*	W czasie zab.	X	1 raz lekarz i 1 raz akuszerka badali wewn.	25%	*Cranioclast.* Obciążenie przez 5 godz. *Collaps.*
12	*central.*	W czasie zab.	VIII/IX	1 raz lekarz badał wewn.	29%	Braxton-Hicks. Obciążenie przez 2½ godz.
12	*lateral.*	przed 3 godz.	VIII	1 raz lekarz badał wewn.	30%	Braxton-Hicks. Obciążenie przez 3½ godz. Credé.
8	*central.*	W czasie zab.	VIII/IX	1 raz akuszerka badała wewnętrznie	49%	Metreuryza przez 9 godz. Obrót. Ekstrakcja. Credé.
11	*lateral.*	W czasie zab.	IX/X	—	41%	Metreuryza. Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 4 godz. Ekstrakcja. Rewizja macicy.
9	*lateral.*	W czasie zab.	VIII	1 raz akuszerka badała wewn. i tamponowała	50%	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 2½ godz. Ekstrakcja. Płód zmacerowany, cuchnący.
8	*central.*	W czasie zab.	VII/VIII	—	52%	Ściągnięcie nóżki. Obciążenie przez 4 godz. Ekstrakcja. Płód zmacerowany.
12	*central.*	W czasie zab.	X	1 raz akuszerka badała wewnętrznie	32%	Metreuryza przez 3 godz. Ekstrakcja. Szycie ujścia.
5	*lateral.*	W czasie zab.	VIII/IX	1 raz lekarz badał wewn.	58%	Braxton-Hicks. Obciążenie przez 8½ godz. Ekstrakcja. Rewizja macicy.
7	*central.*	W czasie zab.	VIII	—	54%	Obrót. Obciążenie przez 9 godz. Ekstrakcja. Rewizja macicy.
9	*lateral.*	przed 3 dn.	X	1 raz lekarz badał wewn. W klinice badana wewn. trzykrotnie	30%	Obrót. Ekstrakcja. Szycie ujścia. *Febris sub partu. Collaps.*

Wieloródki te widzimy na tablicy II.

Spośród 19 pacjentek, u których ukończono poród cięciem cesarskiem, było 10 wieloródek, które poprzednio tylko 1 raz rodziły. Z nich 6 badano wewnętrznie przed przybyciem do tut. kliniki, (dwie badane wewnętrznie przez akuszerkę) oraz 9 wieloródek, które poprzednio tylko 2 razy rodziły. Między temi ostatniemi 3 były badane wewnętrznie już poza kliniką (1 badana przez akuszerkę). Na 19 rodzących było więc 9 badanych wewnętrznie. Żadna z nich nie była tamponowana.

Tamponowanych, jak już zaznaczyliśmy, było 17 (akuszerka tamponowała 5 razy).

Między tamponowanemi były 4 pacjentki, które poprzednio 1 raz rodziły. Trzy z nich w poprzednim połogu gorączkowały, u jednej zaś pęcherz płodowy pękł przed 29 godzinami. Była to osoba skrwawiona, u której dokonano obrót, ekstrakcję, a następnie spowodu pęknięcia obustronnego, zeszycie szyjki macicznej. Pozostałe pacjentki to wieloródki; dwie z nich poprzednio 2 razy rodziły, jedna 9 razy, dwie 6 razy, dwie 5 razy, trzy 3 razy, jedna 11 razy i wkońcu trzy 7 razy.

Spośród tych trzech ostatnich wieloródek jedna była silnie skrwawiona, u niej wykonano metreuryzę, obrót i obciążenie trwające 7 godzin, druga zaś również była silnie skrwawiona

urodziła przez obrót i następowe obciążenie trwające 3½ godziny. Widzimy więc, że między tamponowanemi były tylko wieloródki, pierwiastki nie było ani jednej.

Na 155 pacjentek niegorączkujących w połogu mieliśmy 17 pierwiastek, trzy tylko były badane wewnętrznie przed zgłoszeniem się do kliniki. Cztery urodziły prawidłowo, żadna z nich nie była badana wewnętrznie. U sześciu wykonano cięcie cesarskie, w tem 2 badane wewnętrznie poza kliniką. U jednej ukończono poród zabiegiem kleszczowym. Pozostałe zaś pierwiastki w liczbie 6 zostały rozwiązane przez obrót i obciążenie trwające najdłużej 3 godziny. Ukończenie porodu u nich nie napotykało na trudności. Odsetek hemoglobiny wynosił u wszystkich 55—68%. Widzimy więc, że są to osoby niezbyt skrwawione i że żadna z nich nie była tamponowana.

Obecnie przechodzę do przypadków ukończonych cięciem cesarskiem.

Na 200 przypadków łożyska przodującego, 51 razy wykonano cięcie cesarskie. 24 pacjentek było badanych wewnętrznie przed przybyciem do kliniki (9 razy badała akuszerka). Tamponowana była tylko jedna i to wieloródka, po raz 5 będąca w ciąży.

Gorączkujące w połogu po cięciu cesarskiem były 4 pacjentki, u jednej z nich wystąpiło zakażenie połogowe ogólne. (6 dreszczy, *thrombophlebitis extremit. infer. utrinsque*). Chora ta wyleczona odeszła do domu 81 dnia. Była to pierwiastka badana wewnętrznie poza kliniką. U 2-giej (poprzednio 3 razy rodziła) i 3-ciej (poprzednio 6 razy rodziła), obydwie badane wewnętrznie poza zakładem, wystąpiło zakażenie połogowe ograniczone do zapalenia obustronnego tkanki przymacicznej. U 4-tej, drugi raz będącej w ciąży, badanej wewnętrznie, u której stwierdzono dwoinki Neissera, również wystąpiło zakażenie połogowe ograniczone do obustronnego zapalenia przydatków macicznych. Zejścia śmiertelnego spowodu zakażenia połogowego nie było. W całości zmarło po cięciu cesarskiem spowodu *placenta praevia* 10 pacjentek.

Z obliczeń naszych co do śmiertelności po cięciu cesarskiem wynika:

Przyczyna śmierci	Z skrwawienia	Broncho pneumonia	Embolia	Peritonitis	Ogółem
Ilość zmarłych pacjentek	6	1	2	1	10

Widzimy więc, że po cięciu cesarskiem spowodu *placenta praevia* gorączkuje znacznie mniej pacjentek, niż po rozwiązaniu sposobem zazwyczaj tutaj stosowanym (metreuryza, obrót sposobem Braxton-Hicks). Ten niski odsetek gorączkujących zawdzięczamy widocznie okoliczności, że przy cięciu omijamy zakażoną pochwę.

Na tablicy III. zestawiłem te wieloródki, u których mimo znacznego stopnia skrwawienia, tamponowania, badań wewnętrznych, zabiegów wewnątrz-macicznych oraz mimo przedłużającego się porodu, przebieg połogu był bezgorączkowy. Należy zwrócić uwagę na ostatnią rodzącą podaną w tej tablicy. Była to wieloródka, lat 42, poprzednio 9 razy rodziła normalnie. Pęcherz płodowy pękł 3 dni przed ukończeniem porodu.

Spowodu bardzo słabych i bardzo rzadko występujących bólów porodowych, pacjentka rodziła w klinice ponad trzy dni. Celem wywołania silniejszych bólów porodowych zastosowano u niej naświetlanie przysadki mózgowej promieniami Roentgena. Dano 2 pola skroniowe wielkości 2×3 cm z odległości 24 cm po 350 R. przy K. V. 180. MA. 5,0 Filtr. Al. 1,0 cm. Zn. 0,5 cm. Po upływie jednej godziny od chwili naświetlania przysadki mózgowej bóle porodowe nieznacznie wzmogły się i to przez najbliższych 8 godzin, później ponownie ustały.

Do ukończenia porodu przystąpiono z chwilą, gdy rodząca zaczęła silnie gorączkować (do 38,9°). Przy ujściu rozwartem na cztery palce, o brzegach dość grubych, wykonano obrót i ekstrakcję (dziecko nieżywe). Spowodu pęknięcia ujścia macicznego, musiano ujście zeszywać. Po zabiegu pacjentka silnie skrwawiona, zapada, tętno jest niewyczuwalne, ogólny stan niedobry. Stosowaliśmy środki nasercowe. Przebieg połogu u tej pacjentki był zupełnie bezgorączkowy! Po 12 dniach opuściła w dobrym stanie klinikę.

Z podanego powyżej opisu połogu bezgorączkowego przy łożysku przodującem widzimy, że przeważają tutaj wieloródki, które poprzednio już 5—6 i więcej razy rodziły. Natomiast wieloródki, które tylko 1—2 razy poprzednio rodziły, to były takie, które w poprzednim połogu gorączkowały spowodu zabiegów dokonywanych wewnątrz jamy macicy lub takie, u których ukończenie porodu nie przedłużało się i dokończono obrotem z równoczesną ekstrakcją.

Pacjentki z gorączkowym przebiegiem połogu przy łożysku przodującem dzielę dla lepszego różniczkowania na:

1. pacjentki, które gorączkowały najwyżej do 39°, spowodu jedynie niedostatecznego kurczenia się macicy i cuchnących odchodów. Innych przyczyn gorączki nie było (jak *cystitis, mastitis*, choroby narządów oddechowych i t. p.). Wszystkie te chore po 15—18 dniach odeszły do domu.

2. pacjentki z wyraźnem ogólnem lub miejscowem zakażeniem połogowem.

Tablica IV. zawiera przypadki gorączkujące w połogu, w których temperatura nie przekraczała 40°. Widzimy tutaj 14 pacjentek, badanych wewnętrznie przed przybyciem do kliniki było 7. Pierwiastek było 7. Reszta zaś to wieloródki, które najwyżej 1—2 razy poprzednio rodziły. Wśród tych wieloródek była tylko jedna po raz 10 rodząca i jedna po raz czwarty rodząca.

Co się tyczy pierwiastek gorączkujących: dwie z nich porodziły normalnie, a tylko jedna z nich była badana wewnętrznie poza kliniką. Następna była rozwiązana przez cięcie cesarskie, badana wewnętrznie poza kliniką i chorująca na rzeżączkę. Pozostałe cztery nie były badane wewnętrznie. U dwóch został wykonany obrót z obciążeniem trwającem do 4 godzin, u jednej obrót z równoczesną ekstrakcją. U tej pacjentki stosowaliśmy spowodu silnego skrwawienia środki nasercowe i infuzję roztworu fizjol. soli kuchennej.

Ostatnia pacjentka została rozwiązana przez ściągnięcie nóżki płodu i ekstrakcję.

Między wieloródkami były trzy, które poprzednio 1 raz rodziły, dwie z nich były badane wewnętrznie przed przybyciem do kliniki, a jedna tamponowana przez akuszerkę. Wszystkie porodziły przez obrót i obciążenie trwające do trzech godzin. Wkońcu ostatnia (tamponowana) urodziła po ściągnięciu nóżki płodu i ekstrakcji. Dwie pacjentki, które poprzednio 2 razy rodziły, obydwie badane wewnętrznie, a jedna z nich tamponowana, urodziły jedna — przy pomocy zabiegu Braxton-Hicks'a i obciążenia trwającego 5 godzin, druga przez założenie balonu (na dwie godziny) i następową ekstrakcję.

U tej wieloródki, która już 10 razy rodziła, poród ukończono przez założenie kranjoklastu i obciążenie trwające 11 godzin. Po porodzie wykonano u niej dla pewności rewizję ujścia, a spowodu silnego skrwawienia nastąpił zapad. Wreszcie ostatnia wieloródka, po raz 3 będąca w ciąży, niebadana wewnętrznie poza kliniką, silnie skrwawiona, porodziła przez obrót i ekstrakcję.

Widzimy zatem, że na gorączkowy przebieg połogu przy łożysku przodującem mogły mieć wpływ: 1) większy stopień skrwawienia, 2) częstsze badania wewnętrzne, 3) przewaga pierwiastek i tych wieloródek, które przedtem tylko 1—2 razy rodziły. U tych wszystkich wieloródek poprzednie porody i połogi były normalne.

W tablicy V. zestawiłem pacjentki, u których po porodzie wystąpiła wyraźna gorączka połogowa. Widzimy 15 przypadków zakażenia połogowego, mianowicie 5 przypadków zakażenia połogowego ograniczonego, następnie 5 przypadków zakażenia połogowego ogólnego. Cztery z tychże pacjentek zmarły, a jedna — pierwiastka, poza kliniką badana wewnętrznie, po cięciu cesarskiem, o typowym dla *sepsis puerperalis* przebiegu klinicznym, wyzdrowiała.

Wkońcu mamy 5 przypadków zakażenia połogowego o łagodnym przebiegu, gdzie występowały najwyżej 2 dreszcze. Pacjentki te silnie gorączkowały i po przeszło jednomiesięcznym pobycie w klinice, wyleczone odeszły do domu. Wszystkie były wieloródkami, które ponad 5 razy już rodziły. Między niemi widzimy cztery wieloródki silnie skrwawione, u jednej z nich pęcherz płodowy pękł przed dwoma dniami. Poród ten odbył się siłami natury. U drugiej wieloródki, 11 raz będącej w ciąży, spowodu silnego skrwawienia po zabiegu (obrót, ekstrakcja, szycie ujścia) wystąpił silny zapad, a w 7 dniu po porodzie musiano dokonać wypróżnienia macicy spowodu polipa łożyskowego.

Co do 5 przypadków zakażenia połogowego ograniczonego: u dwóch spośród tych pacjentek ukończono poród przez cięcie cesarskie. Pierwsza z nich była wieloródką (VII para) niebadaną wewnętrznie poza kliniką, a druga wieloródką (IV para) badaną wewnętrznie poza zakładem i skrwawioną. Trzecia skolei to wieloródka, która już 8 razy rodziła, skrwawiona (Hb 30% (S)), badana wewnętrznie. Poród skończył się obrotem Braxton-Hicks'a i obciążeniem trwającem 4 godziny. Czwarta pacjentka była również wieloródką (VII para) poza kliniką badana wewnętrznie. Tutaj stosowano metreurzyę i obciążenie trwające trzy godziny. Spowodu brakującej części łożyska rewidowano macicę. Pacjentka była silnie skrwawiona (Hb 35% (S)). Wkońcu mamy jeszcze wieloródkę (III para) badaną wewnętrznie i skrwawioną. (Hb 30% (S)). Urodziła przy pomocy zabiegu Braxton-Hicks'a i ekstrakcji. Po porodzie musiano zeszywać rozdarte

Tablica IV.

Rok	Ilość gorączkujących	Pierwiastek	Zawartość Hb w % (S)	Badane wewnętrznie	Przez lekarza	Przez akuszerkę	Przed przybyciem do Kliniki wykonane zabiegi przez lekarza	Przed przybyciem do Kliniki wykonane zabiegi przez akuszerkę	Czas pęknięcia pęcherza płodowego	Ilość przebyt. porodów	Samorodnych porod.	Ciąży donoszonych	Dzieci żywych	Placenta praevia centralis	Sposób ukończenia i długość trwania porodu w Klinice
1921	2	1	60% i 50%	2	1	1	—	1 tamponow.	1 przed 24 godz.	1	1	2	1	2 *margin.*	B r a x t o n-H i c k s, obciążenie trwające 1/2 godz.
1922	1	1	52%	1	1	—	—	—	W czasie zab.	0	—	1	1	1	*Sectio Caesarea transperitonealis gc* +
1923	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1924	1	—	54%	1	1	—	1 tamponow.	—	przed 5 godz.	1	—	*Grav. m.* VI/VII	—	*lateral.*	Ściągnięcie nóżki, ekstrakcja
1925	2	—	40%	2	2	—	—	—	W czasie zab.	10	—	2	—	2	Metreuryza, Kranioklast przez 11 godz. Rewizja ujścia. *Collaps.* Infuzja
										2					B r a x t o n-H i c k s. Obciążenie przez 5 godzin. Ekstrakcja
1926	1	1	30%	—	—	—	—	—	W czasie zab.	0	—	*Grav. m.* VII/VIII	—	1	B r a x t o n-H i c k s. Obciążenie przez 4 godziny. Ekstrakcja. Rewizja macicy.
1927	1	—	31%	—	—	—	—	—	W czasie zab.	3	—	—	—	1	Obrót. Ekstrakcja. Infuzja. *Cardiaca.*
			60%												Obrót. Obciążenie przez 1 godz. Ekstrakcja
1928	3	2	33%	—	—	—	—	—				2 *Grav.*			Obrót. Ekstrakcja. Rewizja macicy
			50%						przed 10 godz.	2	—	*m.* VII	—	3 *margin.*	Metreuryza przez 2 godz. Ekstrakcja
1929	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 *Grav. m.* IX	—	—	
1930	2	1	40%	1	1	—	—	—							B r a x t o n-H i c k s. Obciążenie. Ekstrakcja po
			52%						W czasie zab.	1	1	2	1	1	3 godzinach. Szycie ujścia.
1931	1	1	50%	—	—	—	—	—	przed 4 godz.	0	—	*Grav. m.* VII/VIII	—	*margin.*	Ściągnięcie nóżki. Ekstrakcja
	14	7		7	6						2	7	3	6	

Tablica V.

Rok	Ilość gorączk.	Pierwiastki	Ilość przeb. porod.	Zawartość Hb w % (S)	Badane wewn.	Przez lekarza	Przez akuszerkę	Przed przybyciem do Kliniki wykonane zabiegi przez lekarza	Przed przybyciem do Kliniki wykonane zabiegi przez akusz.	Czas pęknięcia pęcherza płodowego	Samorodnych porodów	Ciąży donoszonych	Sposób ukończenia i długość trwania porodu w klinice	Dzieci żywych	Placenta praevia centralis	Przebieg połogu
1931	2	—	1) 3	1) 50%	1	1	—	—	—	W czasie zab.	—	*Gr. m.* VII/VIII	B r a x t o n-H i c k s. Obciążenie przez 5 godz.	—	*lateral.*	*Exitus* 11 dnia po porodzie. *Parametritis dplx. et posterior. Peritonitis*
			2) 6	2) 35%								*Gr. m.* VII/VIII	Metreuryza. Obc. 4 godz. Rewizja macicy	—	1	*Parametritis dplx. et posterior.*
			1) 3	38%									*Sectio Caesarea transp.*	1	1	*Parametritis dplx. et posterior.* 55 dnia zwolniona
1930	3	1	2) 2	30%	1	1	—	—	—	W czasie zab.	—	2	B r a x t o n-H i c k s. Ekstrakcja. Szycie ujścia. Infuzja. *Cardiaca.*	—	1	*Thrombophlebitis ambilat. Parametritis sin.* 67 dnia zwolniona
			3) —	51%									*Sectio Caesarea transper.*	—	1	*Sepsis* ogólna 6 dreszczy. 81 dn. zwoln.
1928	1	—	8	38%	1	1	—	—	—	W czasie zab.	—	*Gr. m.* VII	B r a x t o n-H i c k s. Obc. przez przez 4 godz.	—	1	*Thrombophlebitis ambilat. Parametr. dextr. et poster.* 2 dreszcze. 89 dn. zwolniona
1927	1	—	6	36%	1	1	—	—	—	W czasie zab.	—	1	*Sectio Caesarea transp.*	—	1	*Parametritis dplx. et posterior.*
1926	1	—	1	34%	1	—	1	—	—	W czasie zab.	—	1	Obrót. Ekstrakcja. Rewizja ujścia. Rewizja macicy.	1	*lateral.*	*Exitus* 22 dnia po porodzie. *Sepsis* ogólna
1925	2	—	1) 5	50%	1	1	—	—	—		—	2	Balon przez 1 1/2 godz. Obrót. Ekstrakcja C r e d é.	1	1	*Exitus* 28 dnia po porodzie. *Sepsis* ogólna
			2) 10	17%						przed 24 godz.			Obrót. Ekstrakcja. Szycie ujścia. *Collaps.* Infuzja. *Cardiaca.*	1	*lateral.*	7 dn. *post partum, polyp. plac.* 1 dreszcz. 36 dnia zwolniona
			1) 10	25%							—	*Gr. m.* VII.	B r.-H i c k s. Ekstrakcja. Ręczne wydobycie łożyska. *Collaps.*	—	1	2 dreszcze. 45 dnia zwolniona
1923	3	—	2) 8	30%	2	2	—	—	—	W czasie zab.	—	1	Balon. Obc. 5 1/2 godz. Ekstrakcja.	—	*lateral.*	1 dreszcz. 42 dnia zwolniona
			3) 6	24%							—	*Gr. m.* VIII.	B r.-H i c k s. Obciążenie 2 godz. C r e d é. Infuzja.	—	1	2 dreszcze
1922	1	—	6	50%	1	1	—	—	—	przed 48 godz.	1	1	Samorodnie	1	*margin.*	2 dreszcze
1921	1	—	4	23%	1	—	1	—	—	przed 12 godz.	—	*Gr. m.* VIII	B r a x t o n-H i c k s. Obciążenie 2 godz. C r e d é. Infuzja.	—	1	*Exitus* 25 dnia po porodzie. *Sepsis* ogólna
	15	1			10						1	8		5	9	

obustronnie ujście macicy oraz stosować *cardiaca*, infuzję roztworu soli kuchennej i t. d.

Z opisanych przypadków gorączkujących w połogu przy łożysku przodującem widzimy, że: do wystąpienia gorączki połogowej przyczyniły się badania wewnętrzne, skrwawienie, wczesne pęknięcia pęcherza płodowego oraz różne zabiegi, jak szycie ujścia, rewizje ujścia, rewizje macicy. Przeważają wieloródki, które zakażenie połogowe przezwyciężyły dość łatwo i wyzdrowiały. Rozpoznanie *sepsis puerperalis* stawialiśmy tylko na podstawie klinicznego przebiegu, gdyż nie we wszystkich przypadkach pobierano krew do badania na pożywce. Zresztą wiemy, że i takie badania bakterjologiczne nie zawsze dają wyniki dodatnie mimo wyraźnego zakażenia.

W jednym tylko przypadku wyhodowaliśmy z krwi paciorkowce hemolizujące.

Opierając się na powyższych danych, zaczerpniętych z obserwacyj przebiegu połogów przy łożysku przodującem w Klinice poznańskiej stwierdzamy:

Na 200 przypadków łożyska przodującego było 29 połogów gorączkowych t. j. 14,5%. Odsetek śmiertelności spowodu zakażenia połogowego przy łożysku przodującem jest znacznie mniejszy od odsetka śmiertelności spowodu skrwawienia. Z obliczeń naszych wynika, że śmiertelność z zakażenia połogowego wynosi 2%, a ze skrwawienia 8%.

1. Na przebieg połogu w przypadkach *placenta praevia* wpływa przedewszystkiem:

a) przedłużający się sposób ukończenia porodu i nieudolnie wykonywane zabiegi operacyjne;
b) stopień skrwawienia;
c) częste badania wewnętrzne;
d) tamponada pochwy;
e) czas od chwili pęknięcia pęcherza płodowego.

2. Wieloródki, które już częściej rodziły (ponad 5 razy) i te wieloródki, które conajwyżej jeden lub dwa razy rodziły, ale u których w poprzednich porodach wykonywano czyto obrót, rewizję macicy, czyto ręczne wydobycie łożyska i t. p. albo które w poprzednim połogu gorączkowały, mniej są narażone na zakażenie połogowe, aniżeli pierwiastki i te wieloródki, które 1—2 razy rodziły samorodnie i połóg poprzedni miały normalny.

3. Zakażenie połogowe ogólne u wieloródek, które już większą ilość razy rodziły, przebiega łagodniej i przez to częściej prowadzi do wyzdrowienia.

4. Tłumaczyć to możnaby sobie nie specyficzną odpornością, ale zmniejszoną może ogólną wrażliwością nabytą przez wieloródki w stosunku do zakażeń połogowych.

Rodząc już kilkakrotnie, najprawdopodobniej miały więcej okazji do zakażenia się drobnoustrojami wywołującemi gorączkę połogową, niż kobiety, które wcale nie rodziły albo rodziły, ale conajwyżej 1—2 razy. Zdajemy sobie przytem sprawę z tego, że nie znamy dotychczas odporności sztucznej lub biernej przeciwko zakażeniu połogowemu.

5. Na powyższe tłumaczenie rzucają nam nieco światła fakty z praktyki ogólnej, dotyczące powstawania zakażenia połogowego.

Codzienna praktyka, a zwłaszcza praktyka ogólna na prowincjach uczy nas, że sprawa powstawania zakażenia połogowego nie jest tak prosta, jakby to należało się spodziewać. Ile to razy zdarza się, że tam, gdzie niecomal przekonani jesteśmy, że w połogu wystąpi zakażenie, połóg przebiega zupełnie normalnie. Osobiście bardzo sceptycznie zapatruję się na aseptyczne przeprowadzenie porodu powikłanego łożyskiem przodującem w zapadłych wioskach, w pomieszczeniach, gdzie bardzo często panuje niechlujstwo i odrażający brud.

Streszczenie:

Łożysko przodujące w Klinice Poznańskiej zdarza się jeden raz na 115—118 porodów.

Przy łożysku przodującem nie gorączkowało w połogu 77,5% położnic na 56,7% badanych wewnętrznie przed przybyciem do kliniki.

Gorączkowało w połogu przy łożysku przodującem 14,5% położnic na 57% badanych wewnętrznie przed przybyciem do zakładu.

Po cięciu cesarskiem, spowodu *placenta praevia*, gorączkowało 7,8% na 46,1% badanych wewnętrznie poza kliniką.

W Klinice Poznańskiej śmiertelność ogólna przy łożysku przodującem wynosi 15%, spowodu skrwawienia 8%, spowodu *sepsis puerperalis* 2%.

Po cięciu cesarskiem zmarło 10 kobiet.

Śmiertelność w przyp. łożyska przodującego w Klinice Poznańskiej.

Przyczyna śmierci	Ze skrwawienia: w chwili przybycia do kliniki jeszcze przed zabiegiem	Ze skrwawienia: po cięciu cesarskiem	Ze skrwawienia: po zabiegu położniczym	Ze skrwawienia: po cięciu cesarskiem plus niedomoga serca	Sepsis puerperalis	Embolja po Gabastonio	Embolja po Credé	Embolja po cięciu cesarskiem	Narkoza eterowa	Ogółem
Ilość rodzących zmarłych	3	3	10	5	4	1	1	2	1	30

Dr. Aleksander KARCZYŃSKI. Niemirów.

Kwas mrówkowy w lecznictwie schorzeń gośćcowych.

Z Zakładu Zdrojowego w Niemirowie i Przychodni Przeciwreumatycznej Polikliniki Powszechnej.

Patogeneza schorzeń gośćcowych nie przestała być węzłem gordyjskim mimo szeregu badań różnych autorów i pojawiających się publikacyj. Z tego też powodu i leczenie spraw gośćcowych napotyka na różne trudności, gdyż od trafnego ujęcia patogenezy zależy skuteczność naszego postępowania leczniczego.

Ogólnie rzecz biorąc, w gośćcowem schorzeniu stawów odgrywają rolę z jednej strony zakażenie, a z drugiej zaburzenia w gospodarstwie ustrojowem, wynikające bądźto ze złego przyswajania lub też z zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem. Z powyższego wynika, że celem leczenia powinno być z jednej strony zwalczanie stanu zapalnego, a z drugiej zwiększanie tężyzny ustroju i jego odporności czyli przestrajanie ustroju. O ile pierwsza część tego zadania obowiązuje nas w okresie ostrego napadu choroby, o tyle druga przypada na okres późniejszy. Okres ten jest często niedość jasny i wymaga dużej precyzji przy wnikaniu w patogenezę poszczególnego przypadku. Szanse leczenia pogarszają się, jak wiadomo, w miarę czasu trwania procesu chorobowego.

W leczeniu przewlekłych schorzeń gośćcowych pierwszorzędne znaczenie posiadać muszą z natury rzeczy rozmaitego rodzaju bodźce o dość różnych punktach zaczepienia. Najprostsze z nich należą do dziedziny balneoterapji, działające przez skórę na ustrój cały. Mają one szerokie zastosowanie w zdrojowiskach, które obok bogactw naturalnych w postaci wód mineralnych, pokładów borowiny i t. p. posiadać powinny też odpowiednie urządzenia do całej fizykoterapji. Drogą picia wód mineralnych wpływać możemy na poprawę gospodarki mineralnej ustroju.

Wkońcu najłatwiejszym sposobem leczenia drażnikowego jest pozajelitowe wprowadzanie pewnych ciał chemicznie mniej lub więcej skomplikowanych, które zwiększając życiową napiętość komórek umożliwiają poprawę równowagi ustroju.

Kwestja teoretycznych podstaw dla leczenia bodźcowego pozostaje jednak otwarta, chociaż leczenie to ma dzisiaj szerokie zastosowanie. Wprawdzie wiadomo już dzisiaj, że do wywołania odczynu nie jest koniecznie potrzebne białko, że szereg leków na drodze działania nieswoistego wywołać może pożądany odczyn. Widzimy nieraz, że wstrząs pobiałkowy ma tę ujemną stronę, że wywołuje pewnego rodzaju zobojętnienie komórek na następne bodźce tak, iż albo musimy w miarę leczenia posuwać się do bodźców bardzo silnych, które nie są obojętne dla całego organizmu albo z obawy przed następstwami rezygnujemy z dalszego leczenia bodźcowego. Skutkiem tego obserwujemy w ostatnich latach zwrot do leczenia t. zw. drażnikowego, polegającego najczęściej na drażnieniu skóry, a dopiero za jej pośrednictwem wywołujemy podrażnienie całego ustroju. Jak już wspomniano, leczenie to w znacznej mierze należy do zdrojownictwa.

Zgodnie z prawem Arndt-Schultza widzimy, że słabe bodźce drażnią komórkę, średnie aktywują, silne hamują czynność komórek. Wobec tego, rzecz jasna, dążyć musimy do stosowania bodźców średnich. Wiadomo nam, że istnieje pewne optimum bodźca t. zn. ta najmniejsza dawka, która pobudza komórkę do największej jej wydajności. Dlatego też o skuteczności stosowanego leczenia bodźcowego decyduje prawie wyłącznie charakter i nasilenie odczynu, który towarzyszy najwyższej wydajności komórki. Z istoty rzeczy dziedzinę lecznictwa bodźcowego stanowią w olbrzymim odsetku schorzenia gośćcowe. Znany nawet niepowołanym fakt o skuteczności leczenia zdrojowiskowego schorzeń gośćcowych polega przecież na drażnikowem działaniu bodźców kąpielowych. W praktyce zdrojowiskowej spotykamy się wcale nierzadko ze stanami, w których bodziec balneoterapeutyczny jest za mały i stoi niżej pożądanego optimum. Dlatego też w całym szeregu wypadków nie możemy obejść się bez bodźców dodatkowych, nawet w czasie leczenia zdrojowiskowego.

Przy leczeniu bodźcowem pilnie uważać musimy, by przy tem leczeniu nie pojawiły się niepotrzebne objawy toksyczne a dalej, by odczyn miejscowy i ogólny ograniczyć do minimum, zaś ogniskowy nie wychodził poza pożądaną granicę.

Po szeregu doświadczeń na dużym materjale chorych w Niemirowie-Zdroju, zdecydowałem się przeprowadzić próbę z połączeniem kwasu mrówkowego z krzemianem sodu produkowanem przez fabrykę „Laokoon" we Lwowie w ampułkach, jako: *acid. formic. + natr. silic.*

Jeżeli chodzi o tę mieszaninę, to krzemian sodu odgrywa mniejszą rolę i wywołuje tylko przypuszczalnie przesunięcie równowagi kwaso-zasadowej na stronę kwaśną, co umożliwia i znacznie wspomaga całe leczenie, a nadto przy niektórych przypadkach dny powoduje znaczniejsze wyprowadzanie kwasu moczowego. Jeżeli chodzi o składnik główny, t. zn. kwas mrówkowy, znany on jest oddawna w medycynie ludowej w leczeniu gośćcowych schorzeń przez okładanie się pokrzywą, wkładanie kończyn do mrowisk i t. d. Kliniczne stosowanie kwasu mrówkowego jest wogóle dotąd mało opracowane. Pierwszy wprowadził do kliniki kwas mrówkowy Krull i syn jego Egon nie podając jednak bliższych danych, ale ich zasługą jest sporadyczne stosowanie kwasu mrówkowego i stwierdzenie, że kwas mrówkowy jest związkiem chemicznym w działaniu zbliżonym do ciał białkowych. Sam kwas mrówkowy w chemji znany jest od dość dawna i już w XVII w. stwierdzono jego obecność w jadzie mrówek, pszczół, w rzodkiewkach, szpilkach sosny, poziomkach, pomidorach, wkońcu w torfowiskach, borowinie i t. d. Stanowi on najprostsze połączenie szeregu tłuszczowego nienasyconego HCOOH, działa drażniąco na skórę. Już przed stu laty stosowano spirytusowy wyciąg ciał zawierających kwas mrówkowy z dodatkiem rozmaitych korzeni, jako nalewkę do nacierania. Dopiero Reuter w r. 1919 ogłosił bardziej szczegółowe wyniki o stosowaniu kwasu mrówkowego. Wprawdzie spotykamy się też z publikacjami różnych autorów, którzy mówią o kwasie mrówkowym, jako jednym ze środków do leczenia bodźcowego, ale większość z nich nie uznawała praktycznego znaczenia kwasu mrówkowego. Przypuszczalnie stosowali dawki za duże i wskutek tego nie widzieli pożądanych skutków. Jeżeli chodzi o nasze doświadczenie oparte na 54 przypadkach, to nie możemy odmówić pewnej wartości temu leczeniu przy ściśle dobranych przypadkach schorzeń gośćcowych. Stosowałem prawie że wyłącznie kw. mrówkowy w ampułkach wyr. „Laokoon". Wśród przypadków leczonych kwasem mrówkowym znajdowały się przeważnie: *polyarthr. chronica, subacuta, ischias,* nerwobóle międzyżebrowe, splotu barkowego i rozmaite postacie gośćca mięśniowego. Najlepsze wyniki obserwowałem w stanach zapalnych podostrych oraz w niektórych nerwobólach zwłaszcza w zakresie splotu barkowego.

Specjalnie korzystne wyniki w nerwobólach tłumaczyć można wyjątkową wrażliwością tych stanów na bodźce silne tak, że bodźce kwasu mrówkowego jako wogóle słabe do tych schorzeń specjalnie się nadają. Zaczynałem od dawki 1—1½ cm³ domięśniowo i po kilkudniowej przerwie zwiększałem dawkę aż do wystąpienia odczynu ogniskowego w postaci bólu, sztywności, obrzmienia, zaczerwienienia i t. d. Całość leczenia nie przekroczyła nigdy 15 zastrzyków, często jednak nie dochodziła nawet do 10. W niektórych przypadkach zauważyłem specjalnie dobre wyniki po wstrzyknięciu w najbliższe sąsiedztwo ogniska chorobowego. Zapewne odgrywa tu rolę bezpośredni kontakt odczynu ogniskowego i miejscowego, przez co przychodzi do potęgowania się bodźca. Naogół podawali chorzy, że w 5 — 7 dni po zastrzyku odczuwali w zajętych stawach jakgdyby powiększenie jego objętości, uczucie ciepła, bolesność; stan ten trwał 3—4 dni, później przychodziła ulga, która trwała około 10 dni po pierwszym zastrzyku, 15 — po drugim, a dłużej po każdej następnej dawce. Jeżeli chodzi o przeciwwskazania, wymienić wypada wszystkie przeciwwskazania do leczenia bodźcowego a więc: ciąża, alkoholizm, daleko posunięta miażdżyca, schorzenia serca i t. d.

Przystępując do omówienia mechanizmu działania, ogólnie mówiąc spostrzegaliśmy zgodnie z Reuterem trzy okresy po każdej dawce: I. Okres utajenia trwający około 5—10 dni.

II. Faza ujemna z rozszerzeniem naczyń i odczynem ogniskowym, trwającym 2 — 4 dni, przedłużającym się przy przedawkowaniu.

III. Faza pozytywna z zwężeniem naczyń i ucichnięciem objawów przedmiotowych i podmiotowych. Okres ten trwał od 8 — 15 dni i przedłużał się w miarę leczenia. Ideałem naszym przy leczeniu kwasem mrówkowym powinno być stosowanie dawki takiej któraby okres II (reakcji) skracała jaknajbardziej zaś okres III (poprawy) przedłużała, względnie też umożliwiła jego trwałość. Fakt, że odczyn po kwasie mrówkowym przebiega dwufazowo, wskazuje na jego biologiczne podłoże. Bliższa analiza mechanizmu działania kwasu mrówkowego natrafia już na pewne trudności w wytłumaczeniu poszczególnych okresów. Jeżeli chodzi o wpływ na naczynia, to niewątpliwie dzieje się to na drodze układu współczulnego przez zaburzenie równowagi kw.-zasad. Pod tym względem działanie to zbliżone jest do działania układu inkretologicznego. Ponieważ i działanie ciał białkowych zbliżone jest do działania hormonów, zachodziłoby pytanie, czy przy pozajelitowej odbudowie białka nie przychodzi do wytwarzania kwasu mrówkowego. Rozstrzygnięcie tego zagadnienia byłoby bardzo ważne dla szerszego stosowania kwasu mrówkowego. Możliwą jest rzeczą, że kwas mrówkowy powstaje jako produkt pracy mięśni poprzecznie prążkowanych i pod tym względem byłby zbliżony do hormonów. Przeciwko temu znowu przemawia zbyt prosty skład chemiczny w porównaniu z hormonami. W początkach stosowania kwasu mrówkowego Krull uważał go za pewnego rodzaju ferment. Wszystkie te tak ważne uzupełnienia wymagają rzecz jasna bliższych kliniczno-laboratoryjnych badań.

W każdym razie w wymienionym preparacie zyskujemy bardzo cenną broń w naszym arsenale leczniczym schorzeń gośćcowych i często też musimy chętniej z niego korzystać w porównaniu z preparatami białkowemi, które czasami, jak już powiedzieliśmy, okazują tę trudność, że białko wprowadzone pozajelitowo doprowadza organizm do dużego wysiłku biodynamicznego, który już wprowadza poważne zahamowanie czynności poszczególnych komórek. Od doboru preparatu i trafnej oceny odczynu zależy często powodzenie w leczeniu tak niewdzięcznych do leczenia schorzeń gośćcowych.

Piśmiennictwo:

Korczyński: Pamiętnik I. Zjazdu w Inowrocławiu. — Halpern: P. G. L. 1934. — Peemöller: D. m. W. 1922. Nr. 36. — Peemöller: M. med. Wochenschrift. 1924. — Zimmer: B. Kl. W. 1921. Nr. 43. — Sabatowski: Klimato i hydroterapja. — Sabatowski: Pam. I. Zjazdu w Inowrocławiu.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna: Nr. 3. 1935. Tokarski St. i Landesman M.: Badania nad odczynami skórnemi w promienicy. — Sterling Wł.: Odrębna postać rozszczepienia czucia jako wczesny objaw ucisku rdzenia. — Orgańska J.: Badania czynnościowe wątroby w różnych okresach przymiotu. Wpływ środków przeciwprzymiotowych na czynność wątroby. — Odrzywolski W.: O pewnej modyfikacji w sposobie oznaczania azotu met. Kjeldahla. — Wirszubski A.: Psychozy pooperacyjne.

Lekarz Polski. Nr. 2. 1935. Janiszewski T.: Pierwsze obowiązkowe badanie lekarskie studentów przyjętych na I rok studjów, w 4 wyższych uczelniach akademickich warszawskich, w roku 1933—1934. Zestawienie liczbowe. — Huszcza A.: Nowe tory lecznictwa ubezpieczeniowego. — Sieńko Ks.: Zapalenie skóry pryszczycowate pracowników piekarskich *(dermatitis pistoria).*

Lekarz Wojskowy. T. XXV. Nr. 2. 1935. Korczyński L.: Zastrzeżenia i zalecenia klimatologji przy wyborze uzdrowisk do leczenia schorzeń narządu krążenia. — Orlewicz S.: Ewakuacja, a zaopatrywanie wielkich jednostek. — Dec W.: Rumuńska służba zdrowia w polu. — Zembrzuski L.: Dr. Med. Adam Ernest Narymunt Waszklewicz (1812—1901).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 6. 1935. Typograf J.: O leczeniu farmakologicznem przewlekłej niedomogi serca. — Sterling W.: Semjologja odruchów kontralateralnych (O znaczeniu klinicznem kontralateralnych, paradoksalnych i alternatywnych odruchów palców stopy) (Dok.). — Kokoszko M.: O powinowactwie półpaśca do ospówki. — Seydel J.: O przebiegu błonicy w zależności od typu jej prątka.

Medycyna Praktyczna. Z. I. 1935. Zaleski Z.: Wskazówki statystyczne dla lekarzy. — Brossowa J.: Otrucie środkiem do barwienia włosów. — Kalinowski M.: „Homeopata" czy „lekarz - homeopata".

Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 4. 1934. Neuman J.: Ester benzolo-cynamiczny *(Solutio Jacobsoni)* w lecznictwie jaglicy. — Majewski K.: Uszkodzenia narządu wzroku wskutek działania gazów bojowych. — Wilczek M.: *Molluscum contagiosum* a jaglica. — Spis rzeczy za r. 1934.

Farmacja Współczesna. Nr. 1. 1935. Karwowski M.: Bogowie i patroni sztuki lekarskiej w starożytności i w czasach chrześcijaństwa. — Szancer H.: Dante Alighieri, towarzysz sztuki aptekarskiej z Florencji. — Wodzicki J.: Wytwarzanie

piperazyny, piperydyny i niektórych związków pochodnych. — Zamoyska B.: Znaczenie odkryć Skłodowskiej-Curie.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny. T. XIV. Z. 1—2. 1934. Wachholz L.: Poczet grona nauczycielskiego Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego od r. 1780 — 1918. — Ostrowski T.: O stopniach medycznych Gabrjela Ochockiego. — Dettloff Szcz.: Maciej Barski, zapomniany lekarz polski XVI wieku. Brauer W.: Polskie piśmiennictwo położnicze XVIII wieku. — Włoch Z.: Stosunek Stanisława Staszica do medycyny i zasługi jego jako współorganizatora i przełożonego pierwszej akademickiej szkoły lekarskiej w Warszawie. — Bilikiewicz T.: Studja w Paryżu Wojciecha Golemowskiego, lekarza poznańskiego w początku XVII wieku. — Mastyńska M.: Historja niedoszłego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w 1898 r., jako przyczynek do dziejów walki z kulturą polską w b. zaborze pruskim. — Brandtówna Zd.: Historja odkrycia zarazka duru brzusznego. — Wrzosek A.: Henryk Hoyer (w setną rocznicę urodzin). — Wrzosek A.: Życie i działalność naukowa Stanisława Trzebińskiego. — Ostachowski E.: Michał Sędziwój (1556—1636). Kartka z dziejów polskiej alchemji. — Skobel F.: Życiorys Floriana Sawiczewskiego. — Schramm H.: Wspomnienia z kliniki Billrotha. — Bujwid O.: Emil Roux i Albert Calmette. (Ze wspomnień osobistych). — Wrzosek A.: Dziesięciolecie Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych (1924—1933).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 7. 1935. Kranze St.: Badania nad zawartością jodu w niektórych wodach polskich.

Wiedza Lekarska. Z. 1. 1935. Lewin M.: Leczenie kokluszu neopancarpiną. — Hellin D.: Bliźnięta w mitologji i w pojęciu ludów niecywilizowanych.

Młoda Matka. Nr. 4. 1935. Glińska Z.: Spacery zimowe dzieci w wieku od 2 do 7 lat. — Bielobradek St.: Myjmy ręce. — Wójciak P.: Odpowiedzi na najczęstsze pytania matek. — Bańkowska C.: Mów prawdę. — Warszawska St.: Rola zabaw w rozwoju psychicznym dziecka.

OCENY.

Higiena, kurs uniwersytecki dla studentów, lekarzy, inżynierów i urzędników zdrowia publicznego. Dr. Kazimierz KARAFFA-KORBUTT, prof. Uniw. Stefana Batorego w Wilnie. Wilno. 1934. Józef Zawadzki. Wyd. II. Str. VII. + 516.

Sprawozdanie z ukazania się nowego wydania „Higjeny" śp. prof. K. Karaffy-Korbutta łączy się ze smutnym faktem przedwczesnego zgonu zasłużonego higjenisty. Wielka strata, jaka spotyka naukę polską, ujawnia się w całej pełni tym, którzy na podstawie ostatniego dzieła mogą ocenić nieprzeciętne wartości Zmarłego.

Trudno jest dziś. — gdy tyle doskonałych wzorów istnieje w podręcznikach higjeny w rozmaitych językach napisanych. — stworzyć ujęcie o pewnych cechach odrębnych, będących własnością autora. Rzecz ta udała się bez wątpienia — zdaniem referenta, — prof. Karaffie-Korbuttowi. Podręcznik jego cechuje obok jasności i pewnej. bardzo korzystnej bezpośredniości wykładu bardzo żywe, społeczne ujęcie całości tematu. I nie chodzi tu tylko o sam dobór treści, o uwzględnienie szersze higjeny społecznej; są podręczniki higjeny społecznej, którym brak zupełnie nastawienia społecznego. To co chciałbym specjalnie podkreślić w podręczniku omawianym, to jest pewne społeczne, powiedziałbym ludzkie, serdeczne podejście do omawianych tematów. Rys ten jest tak charakterystyczny dla omawianej „Higjeny", iż odważyłbym się na pewne uogólnienie tej rzeczy i w tej nucie społecznej chciałbym widzieć to, co podręczniki polskie wyodrębniać będzie od innych, tak, jak piękność wykładu i jasność definicyj będzie zawsze cechą typową francuskiego, a ścisła rzeczowość i systematyczność w ujęciu całości cechą dobrego niemieckiego podręcznika.

Omawianie materjału zaczyna autor od krótkiej historji higjeny, uzupełnia ten wstęp wspaniała obrona higjeny i uzasadnienie potrzeby należytego uwzględniania tej nauki w studjach lekarskich. Skolei szeroko, znacznie szerzej jak to jest ogólnie przyjęte, — omawia autor zasady statystyki sanitarnej, zaczynając od podstawowych reguł matematycznych, koniecznych dla rozsądnego obliczania i interpretowania zestawień statystycznych. Jest to zarazem wprowadzenie czytelnika w szereg ważnych zagadnień populacyjnych i epidemjologicznych.

W następnej części podręcznika omawia autor prawa i normy odżywiania tudzież bardzo szeroko całą higjenę artykułów żywnościowych i używek. Jest to jeden z najlepszych rozdziałów tej książki (pominiętą została kwestja pasteuryzacji mleka). W dalszej części przychodzi kolej na regulację ciepła w ustroju. W części tej omówione są: skład powietrza, jego zanieczyszczenia, zjawiska atmosferyczne ważne dla higjeny, gospodarka cieplna ustroju, higjena ubrania, pielęgnacja skóry, wreszcie klimat jako zagadnienie higjeniczne. Część dalsza (IV) zajmuje się higjeną mieszkaniową i większych osiedli (omówienie gleby, higjeny budowlanej, wentylacji, oświetlenia, ogrzewania, zaopatrywania w wodę, usuwania odpadków) dając bardzo wyczerpujący przegląd wszystkich zagadnień z tem związanych. Część piąta poświęcona jest pracy i zawodowi, poszczególne rozdziały omawiają higjenę szkolną, rzemieślniczą i przemysłową tudzież pracy umysłowej. Opuszczony w porównaniu do wydania I. jest rozdział o higjenie wojskowej, co tłumaczy się pojawieniem specjalnego dzieła, temu zagadnieniu poświęconego. Część szósta omawia walkę z chorobami zakaźnemi, przedstawioną w krótkim zarysie; nawet praktycznie ważne sprawy odkażania przedstawione są bardzo zwięźle, być może, że przyczyną jest to, iż sprawy te są tematem wykładów mikrobiologji i dlatego w podręczniku higjeny w zarysie zostały uwzględnione. Część siódma książki daje nam przegląd głównych działów chorób społecznych (referent chętnie widziałby tu krótką choćby wzmiankę o chorobach nowotworowych, w wyliczeniu głównych zaleceń dla zwalczania gruźlicy brak jest omówienia potrzeby kontroli środków żywności, przedewszystkiem mleka). Ostatnia wreszcie (VIII) część podręcznika napisaną jest przez prof. A. Safarewicza, długoletniego współpracownika prof. Karaffy-Korbutta i poświęcona jest omówieniu administracji sanitarnej tak polskiej jak i międzynarodowej, dając czytelnikowi podstawowe wiadomości o państwowej organizacji służby zdrowia. Niema potrzeby podkreślenia znaczenia tych spraw dla każdego higjenisty.

Tak przedstawia się treść omawianego podręcznika higjeny. Zaznacza się może jeszcze brak rozdziału, poświęconego wychowaniu fizycznemu, która to sprawa winna pozostawać, zdaniem referenta — w zakresie czynności lekarza-higjenisty, a więc znaleźć także uwzględnienie w podręczniku higjeny.

Niepodobna nie podnieść wielkich wysiłków autora w kierunku ujednostajnienia i ulepszenia słownictwa higjenicznego, wielkie postępy w tej mierze udało się uzyskać.

Skoro, omawiając treść tej pięknej książki, zaznaczyłem także pewne, drobne zresztą usterki, to czynię to w tem przekonaniu, iż mimo nieodżałowanej śmierci autora, podręcznik Karaffy-Korbutta pozostanie trwałym nabytkiem medycyny polskiej a uczniowie jego i współpracownicy tradycję wileńskiej katedry higjeny w godny sposób na przyszłość reprezentować będą.

St. Legeżyński (Lwów).

Klinika żeńskich hormonów płciowych. Monografje lekarskie dla lekarzy-praktyków. Zeszyt 12. STANISŁAW LIEBHART. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap" Sp. z o. o. Warszawa. 1934.

Autor, st. asystent Klin. Położn. Ginek. Uniw. J. K., znany z licznych, nader interesujących prac, podjął się niełatwego zadania napisania monografji lekarskiej dla lekarzy-praktyków p. t.: Klinika żeńskich hormonów płciowych. Kto zetknął się bliżej z tematem inkretologji płciowej, ten dopiero może ocenić, jak trudno jest podać Czytelnikowi zwartą, treściwą rozprawę, zawierającą tylko to, co lekarzowi-praktykowi potrzeba a mimo to napisaną nie sucho i nudno ale żywo i interesująco. Wszystko to udało się autorowi w zupełności. Po krótkim wstępie, w którym między innemi nadmienia pokrótce, jakie trudności istnieją w inkretologji płciowej, omawia folikulinę, luteinę, prolany, proces menstruacyjny, niedomogę jajników, stosunek gruczołów płciowych do układu nerwowego (wegetatywnego), rolę hormonów płciowych w ciąży, leczenie niedomogi i zaburzeń wewnętrznego wydzielania jajników, a wkońcu nieprawidłowe krwawienia na tle hormonalnem. Całą tę bardzo bogatą treść, skupił L. na 30 stronach, pisanych gęstym drukiem, dał w miarę teorji, głównie akcentował wszędzie symptomatologję i leczenie, ożywił treść kazuistyką własną i innych autorów — słowem stworzył monografję, z której ma się wielką korzyść, a którą czyta się z dużem zajęciem i przyjemnością. Wszystkie te zalety są niezaprzeczone i ocenę możnaby tem zakończyć, gdyby nie chodziło o autora tak wybitnego jak L. Autor musiał się hamować w rozpędzie pisarskim, bo musiał bardzo wiele zmieścić na małej przestrzeni. Jest to zrozumiałe. Ale mimo to byłby dobrze zrobił, gdyby był cośkolwiek więcej miejsca poświęcił tarczycy i, co za tem idzie, psychice kobiecej. Robi wrażenie, że autor umyślnie tych tematów unikał. A dlaczego? Autor w swej twórczości ma chwile prawdziwego wzniesienia się i to właśnie wtedy, gdy omawia te kwestje. Czego tutaj je pomijać prawie milczeniem? Tarczyca jest to gruczoł u kobiety bardzo ważny. Cała kobiecość usposobienia tkwi prawie wyłącznie w tarczycy. Przysadka mózgowa, o której dzisiaj w li-

teraturze tak głośno, to wpływ za młodu na wzrost a potem produkcja prolanów i hormonu „bromowego". Reszta to tylko sygnalizacja inkretoryczna, bardzo ważna ale sygnalizacja tylko. Międzymóżdże daje rozkazy, przysadka mózgowa produkuje substancję sygnalizującą rodzaj zapotrzebowania a dopiero za tem idzie wydzielenie przez właściwy gruczoł, czy ich grupę. Hormon tyreotropowy jest hormonem tylko sygnalizującym, właściwy znajduje się w tarczycy. Jeżeli idzie o wzrost kobiet, wchodzi w grę zrazu przeważnie przysadka mózgowa i tarczyca, a później i gruczoły płciowe, jeżeli o ich funkcje płciowe, przysadka (prolany), tarczyca (psychika płciowa) i gruczoły płciowe (folikulina i luteina) i t. d. A zawsze głównie ta trójka występuje u kobiet razem, o ile chodzi o funkcje płciowe. Tarczyca wyrównuje braki i stąd jest często w nadczynności, gdy reszta zespołu nie dopisuje. Nigdy nie zapomnę pięknego opisu erotycznej, hipertyreotycznej kobiety, zwanej interseksualną, z niedomogą jajnikową, podanego w jednej z prac autora. Trafna psychika tejże robiła niezaprzeczone wrażenie na czytającym. Erotyzm, z całem swoistem pięknem swego obrazu, jest przecież także wynikiem pewnej nadczynności tarczycy, przy odpowiednio wrażliwym mózgu. Człowiek, a zwłaszcza inteligentny, to twór nieskończenie wyższy od każdego zwierzęcia doświadczalnego i stan jego psychiczny rozstrzyga nieraz o wielu rzeczach. Powściągliwość autora, o ile chodzi o tarczycę i psychikę kobiecą, jest mojem zdaniem niesłuszna, tem bardziej, że dawne jego prace ten problem słusznie uwzględniały z wielkiem powodzeniem. Autor — mam wrażenie — zawrócił trochę z drogi, po której kroczył dawniej z wielkim sukcesem. Tarczyca i, co za tem idzie, psychika kobieca ustąpiła do pewnego stopnia miejsca badaniu jajników i przysadki mózgowej i eksperymentom hormonalnym na zwierzętach. Nie mam żadnego zamiaru ani prawa nawracać autora do dawnego naukowego kierunku; jeżeli trochę inną kroczy drogą jak dawniej, czuję, że na tej właśnie znajdzie prędzej odpowiedź na naukowe pytania, które sobie postawił. Mojem zdaniem jednak, należy tarczyca koniecznie do problemu płciowości i stosunkowo szeroko powinna być uwzględniona. Monografja, pod tym względem szersza, byłaby nietylko pracą o tych zaletach, jakie bez tego posiada t. j. obfitość wartościowego materjału, zgrabnie i praktycznie ujętego i duże walory literackie, ale wzmogłaby jeszcze, poza treścią, jedną zaletę tak bardzo właściwą autorowi, niepospolite piękno ujęcia, a że to spotęgowałoby jeszcze znacznie poczytność tak pięknej monografji, to jest rzeczą pewną. O usterkach druku, bardzo nielicznych, nie warto wspominać. Wogóle rzecz podana bardzo starannie. Format jak w monografjach lekarskich dla lekarzy-praktyków, wydawanych pod naczelną redakcja Doc. Dr. J. Węgierki.

H. Sochański (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

O stosunku fizjologji do kliniki. I. SRIBNER. Wracz. Dieło. Nr. 10. 1934.

Pomiędzy fizjologją mającą za zadanie wyjaśnienie dynamiki organizmu w wszystkich jego przejawach, a kliniką dążącą do zadziałania na tę dynamikę istnieje wiele punktów stycznych, jednakże drogi, któremi kroczył rozwój tych 2 gałęzi medycyny znacznie je od siebie oddaliły.

Wyniki medycyny doświadczalnej oparte są na doświadczeniach wykonanych na zwierzętach. Czy można jednak w całości przenosić wyniki tych doświadczeń na organizm ludzki? Np. wiele substancyj silnie trujących dla organizmu ludzkiego — na organizm zwierzęcy oddziaływują bardzo słabo lub wcale nie działają. Morfina i atropina działają na psy i króliki tylko w dawkach znacznie wyższych aniżeli na człowieka. Wrażliwość różnych zwierząt jest niejednakowa w stosunku do bakteryj chorobotwórczych. Krętek blady nie rozwija się w organiźmie wielu zwierząt. Wstrząs histaminowy różnie przebiega u różnych zwierząt.

Technika eksperymentowania staje się coraz bardziej skomplikowaną, a warunki doświadczenia odbiegają od warunków naturalnych tak, że wyniki tych doświadczeń nie mogą dać dokładnego obrazu prawidłowych czynności organizmu zwierzęcego. Tem bardziej z wielkiem zastrzeżeniem należy je przenosić na organizm ludzki.

Zadaniem fizjologji i kliniki powinno być wzajemne zbliżenie i zwrot do człowieka, który winien stać się przedmiotem doświadczenia. Jest to dziś możliwe dzięki udoskonaleniu techniki eksperymentowania tak, że doświadczenie na człowieku może nie różnić się od zwykłego badania klinicznego. Np. określenie rzutu minutowego serca u zwierzęcia jest skomplikowanym i krwawym zabiegiem, natomiast przy badaniu serca ludzkiego może być przeprowadzone prostym sposobem bezkrwawo, w warunkach badania klinicznego. Badanie pobudliwości nerwów ruchowych i czuciowych u człowieka drogą oznaczenia chronaksji stało się metodą prostą.

Należy również uwzględnić, że organizm ludzki w odróżnieniu od zwierzęcego posiada wysoko zróżnicowany układ nerwowy i że nietylko *soma* — ciało, ale również psychika może odgrywać rolę w zaburzeniu somatycznych czynności.

Laboratorja fizjologiczne, twierdzi autor, winny bliżej zająć się człowiekiem i zbliżyć się do kliniki posiadającej wielkie doświadczenie i odpowiednie metody badania organizmu ludzkiego.

M. Segal (Lwów).

Biologja.

Wpływ ilości kwasów nasyconych w pożywieniu na skład tłuszczów ustroju. A. D. BARBOUR. J. of biol. Chem. T. 106. Nr. 1. Str. 281.

Autor wykazuje, że ilość nasyconych tłuszczów w ustroju nie podlega zmianie i niezależna jest od diety. Nadmiar tłuszczów nasyconych w pożywieniu nie wpływa na zwiększenie zawartości tłuszczów nasyconych ustroju, tylko zostaje wydalony z kałem. Jodowe liczby tłuszczów pożywienia prędzej zgodziłby się mogły z tłuszczami ustroju, choć i tu w wątrobie panuje niezależność zarówno nienasyconych (liczba jodowa) jak i nasyconych tłuszczów od składu pożywienia.

Moraczewski (Lwów).

Patologja.

Wpływ hormonów przysadki na ilość aminokwasów we krwi i w moczu w warunkach prawidłowych i patologicznych. G. OLIVA i G. MARENGO. Min. Med. Nr. 51. 1934.

Wstrzyknięcie 1 cm^3 dożylnie prolanu nie dało żadnych zmian w ilości aminokwasów we krwi ani w moczu, natomiast wstrzyknięcie 1 cm^3 pituglandolu spowodowało u osobników zdrowych: zwiększenie aminokwasów we krwi z równoczesnem zmniejszeniem ilości N aminowego w moczu. Natomiast u osobników chorych na wątrobę wstrzyknięcie pituglandolu spowodowało: brak zwiększenia ilości aminokwasów we krwi i bardzo znaczne zmniejszenie N aminowego w moczu.

Mester (Kraków).

Umierające serce w obrazie elektrokardjograficznym. HERLES. Čas. Lék. Česk. Z. 6. 1934.

Autor badał elektrokardjograficznie 10 serc umierających. W 3 przypadkach śmierć nastąpiła szybko (śmierć po zastrzyku, w napadzie Adams-Stokesa i apopleksji mózgu), w innych uchwycono końcową czynność serca przy powolnem umieraniu. Elektrokardjogram po „klinicznej" śmierci, sygnalizowanej końcowym oddechem, spostrzegany był ponad 20 minut w 4 przypadkach (22, 23, 28 i 32 minut), w jednym przypadku 15 minut, najkrócej 30 sekund. W innych przypadkach kilka minut.

W 4 przypadkach umierało serce wśród objawów powolnego zanikania automatyzmu komorowego, w jednym przypadku dłuższy okres rytmu automatycznego zakończył się pośmiertnem migotaniem komór. W 3 innych przypadkach migotanie było jedynym krótko po śmierci trwającym rytmem. W 2 przypadkach po klinicznej śmierci chorego trwało migotanie komór bardzo długo (10 i 25 minut), przerywane jeszcze rytmiczną czynnością serca.

W przypadku napadowego częstoskurczu komorowego nie umierało serce spowodu migotania komór, tylko przez zwolna wygasający automatyzm komorowy, prawdopodobnie pod wpływem wstrzykniętej chininy.

Co się tyczy rytmu sercowego, zgadza się spostrzeżenie w tej grupie przypadków ze spostrzeżeniami innych autorów. Stosunkowo często spostrzegano interferencję dwóch rytmów; blokadę przedsionkowo-komorową tylko w jednym przypadku.

W jednym przypadku utrzymała się w ekg. pośmiertnym najdłużej czynność przedsionków, w 5 przypadkach czynność komór, w pozostałych nie można było oznaczyć *„ultimum moriens"*.

Zmiany spostrzeżone w zespole komorowym w przebiegu umierania odnoszą się głównie do części R—T i załamka T, przez co krzywe nabierają charakter typu, występującego w przypadkach schorzeń „wieńcowych". Największe zniekształcenie występuje w chwili śmierci chorego.

Spostrzeżono również zmianę segmentu R—T.

W kilku przypadkach w pośmiertnym ekg. silnie rozwinięty był załamek U, który bezpośrednio związany jest z zespołem komorowym, którego jest przedłużeniem. Prawdopodobnie przypadki

z rozwiniętym załamkiem U są bardziej skłonne do migotania komór.

Zmiany zespołu komorowego przy umieraniu są przypuszczalnie wyrazem niezupełnych skurczów, w których nie bierze udziału cały mięsień komory.

Sposób umierania serca oraz czas trwania pośmiertnego ekg. nie są zależne od anatomicznego stanu serca.

Ungar (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przyczynek do niemiarowości zupełnej. K. LUEHR. Ztschr. f. Klin. Med. B. 127. Str. 392—395.

Przyczyna niemiarowości zupełnej jest dotąd niewyjaśniona. Z jednej strony teorja Rothbergera - Winterberga, że drżenie i trzepotanie przedsionków jest w różnym stopniu częstoskurczem heterotopowym. Z drugiej strony teorja Levisa o krążącej podniecie około żyły czczej, od której odchodzą odśrodkowe fale na przedsionek. Opis przypadku drżenia przedsionków, w którym po wstrzyknięciu chininy — uretanu wystąpiły skurcze dodatkowe przedsionkowe; stan taki trwał 2 dni. Wytłumaczenie: chinina-uretan obniżyły pobudliwość, zmniejszyła się częstość skurczów przedsionków, w różnych miejscach przedsionka powstające podniety wskutek mniejszej częstości skurczów nie zostały zblokowane na granicy komór, ponowne zwiększenie częstości blokowało podniety nieregularnie, dlatego ponownie wystąpiła niemiarowość zupełna. Dane powyższe przemawiają na korzyść teorji Rothbergera-Winterberga. *H. Długosz* (Lwów).

Przecukrzenie i niedocukrzenie krwi w zapaleniu trzustki. J. BRINCK. Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 127. Str. 488—498.

Opis przyp. cukrzycy, w którym bezpośrednio po wstrząsie hipoglikemicznym wystąpiło po podaniu cukru przecukrzenie krwi do 685 mg %, następnie po insulinie (małe dawki) znowu niedocukrzenie, potem naprzemian przecukrzenie i niedocukrzenie krwi, wreszcie zejście śmiertelne po 2 dniach. Przyczyną chwiejności poziomu cukru były ogniska martwicze i zapalne trzustki. Autor zbiera jeszcze inne przypadki z kliniki Katscha ze schorzeniami trzustki i stwierdza, że zależnie od czasu trwania sprawy chorobowej, rozległości i rodzaju występuje niedocukrzenie i przecukrzenie krwi. Przychodzi do przekonania, że neurasteniczne objawy w schorzeniach przewodu pokarmowego przypisać należy do schorzenia trzustki i następowej chwiejności poziomu cukru we krwi ze skłonnością do niedocukrzenia, co zresztą nie jest nową myślą autora. *H. Długosz* (Lwów).

Badania nad wrzodem doświadczalnym i nad wpływem kwasów aminowych na jego rozwój. E. ARON. Gazette des Hôpitaux. Nr. 91. 1934.

Autor wspólnie z prof. Weissem stosował preparat złożony z 2% tryptofanu i 4% chlorku histydyny pod nazwą *hemostra* w leczeniu wrzodów żołądkowych i dwunastniczych. Leczenie trwa przeciętnie 21 dni. Podaje się codziennie domięśniowo 5 cm³ tego preparatu. Dieta zwykła. Obserwowano stale: wybitną poprawę i ustanie bólów. Zdaje się, że działa tu histydyna, gdyż 4% jej roztwór pod nazwą *laristinne* „Roche" daje te same wyniki. Dalsze badania w toku.

H. Długosz (Lwów).

Obraz chorobowy zasadochłonnego gruczolaka Cushinga. F. van BUCHEM. Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 127. Str. 292—313.

Opis własnego przypadku z następującemi charakterystycznemi objawami: rozlane odwapnienia kości (czaszka, kręgosłup i żebra), otyłość na twarzy, szyi i brzuchu, czerwona twarz, przypominająca czerwienicę, nadciśnienie, przecukrzenie krwi, zaburzenie w przemianie wapnia (obniżenie we krwi). Napewno odrębna jednostka chorobowa o niejasnej narazie patogenezie (przysadka i nadnercza), dlatego najlepiej nazywać ją „chorobą Cushinga", a nie zasadochłonnym gruczolakiem.

H. Długosz (Lwów).

Leczenie nowokainą choroby Derkuma. R. BOLLER. Klin. Woch. Nr. 50. 1934.

Autor ogłasza 5 przypadków choroby Derkuma, w których po serji zastrzyków podskórnych nowokainy otrzymał świetne wyniki. Bóle ustąpiły zupełnie lub też wystąpiła znaczna poprawa. Równocześnie a. zauważył zmniejszanie się pokładów tłuszczu w miejscach zastrzyków, jednak tylko przejściowe. Zastrzyki robi się codziennie lub w kilkudniowych odstępach, zależnie od ciężkości przypadku, zaczynając od 10 i dochodząc do 60 cm³ 0,2—0,4% nowokainy. *T. B.* (Lwów).

O „trzeciej" optyce w torakoskopji. EISENSTAEDT K. Beitr. z. Klin. d. TBK. T. 85. Z. 2. 1934.

Opis nowego torakoskopu skonstruowanego według Kalka. Zasadniczą jego wartością jest odmienny kąt widzenia instrumentu, wynoszący 135°. Kąt ten umożliwia dokładne widzenie przyściennych części zrostów, zwłaszcza leżących blisko wkłucia torakoskopu. *Dr. Z. Mromliński* (Lwów).

O ogólnem zakażeniu krwi, jego bakterjologicznem rozpoznaniu i zasadach postępowania. H. SCHOTTMUELLER. Münch. Med. Wschr. Nr. 34. 1933.

Ogólne zakażenie krwi czyli *sepsis* mamy wtedy, jeżeli gdziekolwiek w ustroju powstanie ognisko, z którego stale lub okresowo dostają się drobnoustroje chorobotwórcze żywotne i jadowite do ogólnego krwiobiegu, w ten sposób, że wywołują objawy chorobowe przed- i podmiotowe. W żadnym przypadku niema miejsca rozmnażanie się drobnoustrojów w samej krwi. Przebieg schorzenia, objawy i rokowanie zależą od dwu czynników: rodzaju i zjadliwości drobnoustrojów oraz umiejscowienia ogniska septycznego. To ognisko septyczne, z którego dostają się drobnoustroje do krwiobiegu, znajduje się przeważnie poza wrotami zakażenia; zwykle usadawia się ono gdzieś w systemie naczyniowym, ale może niem też być jakiś narząd jamisty, pęcherzyk żółciowy, miedniczka nerkowa, macica, przy odpowiednich warunkach mechanicznych jak np. skurcze ścian lub zamknięcie przewodów odprowadzających. A więc w sercu i układzie naczyniowym mieć będziemy *endocarditis, endarteriitis, endothrombophlebitis, lymphangitis.* Usadowienie się drobnoustrojów chorobotwórczych na zastawkach sercowych daje objawy gwałtowne bez dreszczów, stałe krążenie drobnoustrojów we krwi, posiew zawsze dodatni. *Endothrombophlebitis* zwane przez autora *sepsis thrombophlebitica* daje dreszcze po każdorazowym wysiewie drobnoustrojów do krwi w ½ do 4 godzin; hodowla tylko w tym czasie lub w samym początku dreszczów dodatnia, pozatem ujemna. Miejsce usadowienia ogniska septycznego zależy od rodzaju dróg zakażenia a także od rodzaju drobnoustrojów. Bywa niem np. przy anginie, *otitis media* żyła szyjna, przy zakażeniu połogowem żyły przymacicza, przy zapaleniu wyrostka robaczkowego żyła bramna z jej rozgałęzieniami, przy gośćcu zastawki sercowe i t. d.

System limfatyczny z umiejscowionem w nim ogniskiem zwłaszcza w przymaciczach daje ciężkie postacie zakażenia ze stałem krążeniem drobnoustrojów we krwi. Zmiany zapalne w systemie limfatycznym, a także w narządach jamistych objawami klinicznemi często imitują tylko zakażenie ogólne. Rozpoznanie zakażenia krwi bywa często bardzo ciężkie, a uzyskuje pewną podstawę jedynie w dodatnim wyniku bakterjologicznego badania krwi. Leczenie przy ogniskach septycznych w systemie żylnym tylko operacyjne, — podwiązywanie odpowiednich pni, dające poza zakażeniem połogowem bardzo dobre wyniki; przy poronieniach septycznych natychmiastowe opróżnienie macicy i ostrożne wyłyżeczkowanie, przy zakażeniu wychodzącem z organów jamistych leczenie chirurgiczne, gdy jeszcze nie jest za późno. Leczenie środkami farmakologicznemi uważa autor za zupełnie bez znaczenia z wyjątkiem *sepsis rheumatica,* przy której środkiem niezwykle dzielnym jest piramidon. Pewną nadzieję pokładać jeszcze można w surowicy i częstem w dużej ilości do 1 litra przetaczaniem krwi możliwie od ozdrowieńców. W myśl powyższych wywodów radzi autor nie poddawać się pesymizmowi; z chwilą rozpoznania *sepsis* należy dążyć do wykrycia ogniska zakaźnego i nie tracąc czasu na uzyskanie wyniku badania bakterjologicznego krwi, o ile jest ono dostępne dla zabiegu chirurgicznego, natychmiast takowy wykonać. Zdaniem autora mimo niezaprzeczonej ciężkości schorzenia pochłania ono za dużo ofiar, ofiar niepotrzebnych, którym zabieg operacyjny w porę zastosowany mógłby uratować życie. Pozatem poleca środki nasercowe i tonizujące układ naczyniowy, przedewszystkiem strofantynę, koraminę, kardjazol, kofeinę, adrenalinę, na zmianę, oraz na dnie rozłożone kroplówki dożylne z dodatkiem adrenaliny i sympatolu.

K. Jabłoński (Lwów).

Próby leczenia zapalenia nerek roztworami hipertonicznemi. W. FASSBAUER. Zeitsch. f. klin. Med. 125. 1—2. 1933.

U królików wywołano uszkodzenie nerek zapomocą kantarydyny wprowadzonej podskórnie; nastąpiło zmniejszenie diurezy, białkomocz i krwiomocz. Część zwierząt doświadczalnych pozostawiono jako kontrolne, innym wstrzyknięto po 2½ — 3 godzinach 25—50% rozczyn glukozy w ilości 3 — 5 cm³, 2 — 3 razy dziennie. Wszystkie króliki, którym wstrzykiwano glukozę, utrzymano przy życiu, natomiast kontrolne padły. W okresie doświadczeń kontrolowano ilość moczu, ciężar gatunkowy, wydzielanie chlorków i azotu.

Stwierdzono, że w pierwszych dniach po wprowadzeniu kantarydyny ilość moczu zmniejsza się zarówno u zwierząt kontrolnych jak również u tych, którym wstrzyknięto glukozę. Po 2—3 dniach ilość moczu zaczyna stopniowo się powiększać, natomiast u zwierząt kontrolnych stale się zmniejsza. Nie stwierdzono zaburzeń w wydalaniu azotu. Wydalanie chlorków w grupie kontrolnej nie uległo zmianie, natomiast jest zwiększone przy podawaniu glukozy. *M. Segal* (Lwów).

Strumektomja i gruźlica płuc. G. KEWES. Wracz. Dieło. Nr. 10. 1934.

Na podstawie materjału sanatoryjnego i kliniki w Fryburgu a. stwierdza, że operacyjne usunięcie wola przy utajonej gruźlicy płuc jest bardzo ryzykowne, gdyż grozi możliwość aktywowania utajonego procesu w płucach. Przed każdą strumektomją należy kontrolować stan płuc. W przypadkach, kiedy wszelkie metody badania (fizykalne, Roentgen, mierzenie ciepłoty w stanie spoczynku i w ruchu i t. d.) wskazują na to, że proces w płucach jeszcze się nie uspokoił, należy operację odroczyć. Przeciwwskazaną jest operacja również u osób, u których nie za długo przed operacją wykryto początkowe objawy gruźlicy płuc, albo stwierdzono, że proces ten może się po pewnym czasie rozwinąć, z wyjątkiem przypadków, kiedy istnieje wskazanie życiowe do usunięcia wola.

Operacyjne usunięcie wola ze względów kosmetycznych jest przeciwwskazane u osób dziedzicznie obarczonych gruźlicą.

M. Segal (Lwów).

Klinika i profilaktyka zatrucia ergotyną. GAJSINOWITSCH, KOENIGSBERG i KOGAN. Wracz. Dieło. Nr. 7. 1934.

Zatrucie ergotyną po spożyciu chleba z domieszką sporyszu — aa. dzielą na 3 postacie: drgawkową, zgorzelinową i mieszaną. Przy postaci zgorzelinowej stwierdzali aa. *stadium praegangraenosum*, kiedy możliwe jest cofnięcie się sprawy. Najczęstszą postacią jest postać drgawkowa z charakterystycznym obrazem klinicznym. Objawy zatrucia rozwijają się w ciągu 1—20 dni po spożyciu trującego chleba i występują pod postacią ogólnego osłabienia, zawrotów głowy, senności, uczucia mrowienia, zaburzeń przewodu pokarmowego; po 2—3 dniach występują bolesne kurcze zginaczy kończyn górnych i dolnych. U 2 chorych stwierdzono niepokój i podniecenie duchowe, pozatem napady o charakterze padaczkowym trwające 8—10 min.

Postać zatrucia zależy nietylko od ilości spożytego sporyszu, ale jeszcze od innych czynników dokładnie dotychczas niezbadanych. Przy drgawkach stosowali aa. 3% rozczyn siarczanu magnezu w ilości 15—20 cm³ dożylnie, codziennie z dobrym wynikiem.

Przypadki zgorzelinowe leczono operacyjnie w 1—1½ miesiąca od początku zgorzeli. Przebieg pooperacyjny ciężki: wysoka ciepłota, zapalenie naczyń chłonnych, silne bóle, atoniczna ziarnina, długotrwały przebieg. Aa. zalecają interwencję chirurgiczną po 2—2½ mies. od początku zgorzeli pomimo wyraźnej demarkacji. Przy *stad. praegangraenosum* stosowali aa. z dobrym wynikiem zastrzyki pilokarpiny 0.1 — 1% codziennie w ciągu 2 tygodni; w kilka minut po zastrzyku ręka różowiała, stawała się cieplejsza, bóle ustępowały. Wynik działania pilokarpiny utrzymywał się 2—4 godzin. *M. Segal* (Lwów).

Przyczynek do nauki o dnie. GERBERAS. Thèse présentée à Faculté de Médecine de l'Université de Genève, rok 1934.

U dnawych mechanizm wytwarzania i wydalania kwasu moczowego jest wyraźnie zachwiany. Już przy urodzeniu istnieje zarodek dny, nieprawidłowa higjena odżywiania rozwija go w następstwie. Należy uwypuklić trzy momenty: 1) mechanizm regulujący kwas moczowy i moczany jest wadliwy; 2) hiperprodukcja kwasu moczowego i moczanów jest zależna od wadliwego odżywienia, szczególnie bogatego w nukleiny; 3) nagromadzenie kwasu moczowego i jego pochodnych w krwi i tkankach.

Leczenie dny będzie miało na celu przedewszystkiem uregulowanie funkcyj, które uległy zachwianiu oraz wydalenie kwasu moczowego. Postępowanie uwzględniać będzie: 1) dobrą higjenę ogólną; 2) higjenę odżywiania; 3) pobudzenie czynności wątroby i nerek; 4) leczenie farmaceutyczne wydalające kwas moczowy. Środki farmaceutyczne uwzględniane w leczeniu dny są liczne. Atochinol „Ciba" jest najwybitniejszy spośród leków stosowanych w leczeniu dny. Na zakończenie autor podaje częstość dny. Podczas ostatnich 34 lat, w szpitalach genewskich stwierdzono 10 przypadków dny. Możliwe, że wielu dnawych leczy się w domu, uwzględniwszy, że dna jest chorobą bogatych.

W. Kurowski (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Wpływ alkalozy i kwasicy na przebieg uśpienia. J. BEČKA. *Slovansky Sbornik Ortopedicky.* R. IX. Z. 1. 1934.

Rozległa praca doświadczalna na królikach i psach celem zbadania jakości uśpienia oraz powrotu do stanu prawidłowego w stanach kwasicy i alkalozy przy zastosowaniu: 1) uśpienia zapomocą wdechiwania (chlorek etylu, chloroform), 2) morfiny, 3) kwasu barbiturowego i pokrewnych (luminal, weronal-pernokton, ewipan sodowy), 4) grupy przetworów alkoholowych i pokrewnych (wodnik chloralu, hypnal, awertyna, wodnik amylenu, uretan).

Przy wszystkich powyższych środkach, oprócz morfiny, pH krwi jest zawsze obniżone. Uśpienie morfinowe wywołuje zawsze wybitną alkalozę. Najlepszą alkalozę przed uśpieniem wywołuje pozajelitowe podane *Polysan Kolin (Magnesium hydroxyd. colloid.)*. Alkaloza jest wysoka, trwała i nie drażni ustroju.

Alkaloza jest stanem pod każdym względem korzystnym dla uśpienia — jest ono lepsze, głębsze i spokojniejsze i stan zwierzęcia po uśpieniu jest bez porównania lepszy, niż po uśpieniach w kwasicy. Najlepiej jest podać *Polysan* 3 godziny przed uśpieniem. Niektóre środki z grupy kwasu barbiturowego w dawkach dozwolonych nie wywołują przy istnieniu alkalozy uśpienia, albo weronal dopiero w dawkach trujących. Działanie środków grupy alkoholowej ulega wzmocnieniu pod wpływem alkalozy o 50—60%.

Kwasica zapomocą glukozy, kwasu fosforowego i salmiaku pogarsza bardzo znacznie stan ponarkotyczny. Najlepiej jest znoszona glukoza, najgorzej salmiak. Salmiak działa toksycznie, uśpienie przebiega gwałtownie i zwierzęta łatwo giną. Ewipan sodowy w dawkach przepisanych nie wywołuje uśpienia, lecz wyłącznie stan ociężałości. Narkotyki grupy alkoholowej wywołują przy kwasicy, nawet wywołanej glukozą, bardzo ciężkie uśpienie, źle znoszone.

Na podstawie swoich doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że przed każdem uśpieniem powinno się wywołać alkalozę we krwi. U człowieka wystarcza wstrzyknięcie domięśniowo 5 cm³ *Polysanu*. Jest to ważne szczególnie przy cierpieniach wywołujących kwasicę krwi (sprawy ropne, septyczne). Doświadczenia wskazują również, że po podaniu glukozy uśpienie inhalacyjne jest źle znoszone. U cukrzycowych zatem ten sposób uśpienia jest przeciwwskazany, albo należy przed uśpieniem doprowadzić do alkalozy krwi. *Gruca* (Lwów).

Ewipan sodowy przy dychawicy oskrzelowej. BODEN. Münch. med. Wschr. 1934. Nr. 11. Str. 407.

Niedawno Feldwegowi zdarzył się wypadek ciężkiej asfiksji po zastosowaniu narkozy ewipanowej u chorego cierpiącego na dychawicę oskrzelową. Podobny przypadek zauważył autor u 44-letniego mężczyzny cierpiącego od 2 lat na dychawicę oskrzelową. Chory miał być poddany operacji spowodu zapalenia wyrostka robaczkowego i otrzymał w celu uśpienia 8 cm³ 10% roztworu ewipanu dożylnie. Czas wstrzykiwania wynosił 15 sekund na 1 cm³ oraz 5 sekund przerwy po każdym centymetrze sześciennym. Natychmiast po wstrzyknięciu wystąpiło silne napięcie mięśni i znaczna sinica. Po zastosowaniu sztucznego oddychania nastąpił stan ciężkiej duszności z rzężeniem i świstami jak przy napadzie dychawicy. Dopiero po przebudzeniu się chorego ze snu następowego po narkozie oddech stał się znów normalny. Zabieg chirurgiczny pomimo wszystko doprowadzono do końca bez dodatku żadnego innego środka usypiającego.

Autor jest zdania, że w danym razie nie zaszło porażenie ośrodka oddechowego w następstwie zbyt wysokiej dawki ewipanu sodowego, lecz że asfiksja została spowodowana przez skurcz oskrzeli, powiększony jeszcze kurczem mięśni oddechowych. Wobec powyższego autor jest zdania, że narkoza ewipanowa jest przy współistnieniu dychawicy oskrzelowej przeciwwskazana. *Dr. Tietz* (Warszawa).

Koramina w zamartwicy noworodków. JÓZEF GIEBELS. Zbl. f. Gyn. Nr. 29. 1934.

Koramina nadaje się doskonale nietylko do pobudzenia krążenia w zapaściach, ale także do leczenia zamartwic noworodków. Z końcem 1932 roku zaczęto preparat systematycznie stosować przy wszystkich porodach. Spośród materjału obejmującego 600 przypadków było 25 przypadków zamartwicy, w tem 6 bladej. Noworodkom wstrzykiwano natychmiast 1 cm³ jeszcze raz domięśniowo, a w razie potrzeby po 3—4 godzinach jeszcze raz lub 2 po ½ cm³ koraminy domięśniowo. Poza jednym przypadkiem śmiertelnym wszystkie udało się uratować. Naturalnie obok koraminy stosowano inne zabiegi, jak kąpiel naprzemian w wodzie zimnej i gorącej, bodźce cieplne i inne. Naogół po 5—8 minutach nowo-

rodka można było uważać za uratowanego. W innych 19 przypadkach zamartwicy sinej wystarczało domięśniowe wstrzyknięcie 1 cm³ koraminy, aby uratować noworodka w ciągu 3—4 minut. Sine zabarwienie powłok nabierało błyskawicznie normalnego odcienia, i tylko w bardzo nielicznych wypadkach należało po 3—4 godzinach wstrzyknąć raz jeszcze ½ cm³ koraminy. Dzięki rozległej skali terapeutycznej i małej jadowitości koramina może być stosowana w ilości 1—1½ cm³ bez obawy przedawkowania. Zamartwice występujące w pierwszych dniach życia leczono także wstrzykiwaniami koraminy. Autor podaje zarazem, że spośród laparotomij, wykonanych w uśpieniu awertynowem na oddziale szpitalnym, były 4 ciężkie porażenia oddechu. Wstrzykiwano natychmiast 5 cm³ koraminy dożylnie, jednocześnie 5 cm³ domięśniowo. W jednym przypadku w przeciągu 4 godzin wstrzykiwano dożylnie 3 razy po 5 cm³. Wypadków śmierci spowodu narkozy nie było. Wreszcie systematycznie po każdej operacji wstrzykuje się domięśniowo 5 cm³ koraminy, aby usunąć zaburzenia narządu krążenia i oddechowego. Od tego czasu ustały zupełnie powikłania pooperacyjne ze strony płuc.

Dr. Fr. Sienicki (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Kilka technicznych szczegółów ułatwiających leczenie elektrycznością nadmiernego owłosienia. BORREY. Le Concours Médical. Rok 1934. Nr. 47. Str. 3274.

Epilacja przy pomocy termo-koagulacji sprawia ból u niektórych osób słaby, u drugich tak silny, że rezygnować muszą z zabiegu. Znieczulenie miejscowe przez wstrzykiwanie mija się z celem, do jakiego dążymy. Oziębienie chlorkiem etylu ułatwia następowe zakażenie i powoduje nerwobóle, samo zaś znieczulenie jest niepewne. Po licznych próbach mniej lub więcej nieudałych, autor zastosował *Percainal „Ciba"* z zupełnem powodzeniem. Sposób postępowania jest następujący: na pół godziny przed zabiegiem dokładne wtarcie tej maści na całej powierzchni skóry, która ma być poddana epilacji. Na początku zabiegu resztki maści zmywa się eterem i alkoholem. Od czasu stosowania maści perkainowej rzadko kiedy trzeba było zapisywać jakieś *nervinum* w rodzaju *Cibalginy*. W dalszym ciągu artykułu autor omawia odczyny skórne wywołane epilacją oraz sposoby zapobiegania zakażeniu. *Dr. W. Kurowski* (Warszawa).

Leczenie chorób skóry parafiną. KIRICZIŃSKI, KICZINA i GLAUBERSOHN. Przegl. Dermat. Nr. 1. 1934.

Autorowie stosowali leczniczo stopioną parafinę miejscowo w przypadkach wyłysienia plackowatego, wyprysków przewlekłych i w chorobie Raynauda. Metoda polegała na powlekaniu ognisk chorobowych rozpuszczoną parafiną o ciepłocie 50—60° przez 30—60 minut, co drugi dzień. Działanie lecznicze tłumaczą sobie autorowie ciepłotą przez dłuższy czas działającą, uciskiem miejscowym (wywieranym przez krzepnięcie ochładzającej się parafiny) i wzmożeniem miejscowej przemiany materji w tkance. Wyniki lecznicze były bardzo zadowalniające.

H. Reiss (Kraków).

Badania histologiczne skóry worka napletkowego ze szczególnem uwzględnieniem lipoidów i procesu rogowacenia w stanach prawidłowych i chorobowych. H. REISS. Przegl. Dermat. Nr. 1. 1934.

Pracę niniejszą stanowią dalsze wyniki badań histologicznych nad lipoidami w skórze, dotyczące skóry worka napletkowego. Praca jest ujęta monograficznie i jest właściwie histopatologją ogólną skóry worka napletkowego przedewszystkiem co do lipoidów i procesu rogowacenia, który to proces, jak wynika również z badań autora, jest ściśle z zawartością lipoidów w naskórku związany.

W poszczególnych rozdziałach omawia autor budowę skóry worka napletkowego, proces rogowacenia, sprawę łoju napletkowego, rozwój worka napletkowego w okresie płodowym, skórę żołędzi u obrzezanych, skórę (a zwłaszcza naskórek) worka napletkowego w przypadkach kłykcin kończystych, stany zapalne, bliznowate, wpływ stanów zapalnych na tkankę bliznowatą, ziarninę w skórze worka napletkowego, wreszcie jej zwyrodnienie nowotworowe i jej macerację. We wszystkich rozdziałach wysuwa R. na plan pierwszy sprawę zachowania się ciał tłuszczowych i sprawę rogowacenia, przyczem opiera całość niemal wyłącznie na spostrzeżeniach własnych, wyciągając z nich odpowiednie wnioski. W oddzielnym rozdziale podaje sposoby przeprowadzonych przez siebie badań histologicznych, podając także swój własny sposób barwienia, którym można jednocześnie uwidocznić w preparacie z naskórka zarówno ziarenka keratohyaliny jak i pokłady eleidyny. Szczególne wejrzenie kliniczne zmian chorobowych skóry worka napletkowego przypisuje autor szczególnym stosunkom w zakresie anatomji i biologji tej skóry, w szczególności zaś naskórka. Autor stara się wyświetlić sprawę obfitego wydzielania się łoju napletkowego, przypisując ją zwiększonej czynności regeneracyjnej naskórka, przyczem wydzielinie gruczołowej przypisuje tutaj rolę podrzędną. W wynikach swych badań histologicznych nad lipoidami i sprawą rogowacenia w okresie płodowym, a następnie w życiu pozapłodowem w stanach prawidłowych i chorobowych, opisuje autor morfologję ziarenek keratohyaliny i śledzi zapomocą barwienia dalszą ich przemianę biochemiczną. Zdaniem R. zmiany w procesie rogowacenia, właściwe okresom rozwojowym i stanom patologicznym znajdują swój wyraz w zmianach ilości, rozmieszczenia i wzajemnego stosunku tych składników; pewne określone zmiany są właściwe poszczególnym zmianom chorobowym, a zależą również od okolicy skóry worka napletkowego, w której sprawa chorobowa się toczy. Zaburzenia w powstawaniu i rozpadzie keratohyaliny wyrażają się zmianami w jej rozmieszczeniu, barwliwości, oraz w zmianach kształtu i wielkości jej ziarenek, przyczem gruboziarnistość jest charakterystyczna przedewszystkiem dla okresu płodowego i dla wzmożenia procesu rogowacenia. Również ilość i rozmieszczenie eleidyny i lipoidów ulega w tych warunkach określonym zmianom. R. stwierdził, zwłaszcza u płodów silne powinowactwo warstwy rogowej naskórka worka napletkowego do barwików kwaśnych; w tejże warstwie istnieje antagonizm ilościowy między zawartością eleidyny, a kwasem oleinowym lub jego estrami cholesterynowemi. Również jest antagonizm między stanem zapalnym a zawartością lipoidów; u obrzezanych jest według R. więcej lipoidów, co przeciwdziałać ma powstawaniu spraw zapalnych, a więc i zakażeniom. U obrzezanych jak i w skórze pod blizną spostrzegał R. przerost zakończeń nerwowych, czemu przypisuje znaczenie wyrównawcze. R. dochodzi do wniosku, że rozdzielanie się zlepionej blaszki napletkowej u płodów odbywa się dwoma sposobami, t. j. stopniowem rozdwajaniem się od zewnątrz jak i tworzeniem się zamkniętych jamek napletkowych, poprzedzonych powstawaniem t. zw. pereł nabłonkowych, przyczem R. podaje dokładny opis histologiczny obu zjawisk. R. mniema, że rozwój zagłębienia łódkowatego cewki *(fossa navicularis)* odbywa się zrazu w ścisłym związku z rozwojem skóry żołędzi i napletka, na poparcie czego przytacza stwierdzone przez siebie dane histologiczne. W patogenezie kłykcin kończystych widzi R. jako główny czynnik nadmierne wytwarzanie keratohyaliny i nierównomierny i nieprawidłowy jej rozpad. Autor stwierdza w przypadku raka napletka w przylegającym naskórku zmiany, pojawiające się jeszcze na pewien czas przed zniszczeniem jego przez narastający nowotwór; zmiany te polegają na wybitnem nasileniu procesu rogowacenia z wzmożeniem się barwliwości, zwiększeniem się ilości keratohyaliny, eleidyny i lipoidów, oraz przerostem komórek. Potem rogowacenie nagle ustaje i następuje u granicy nowotworu odcinek zwyrodnienia i utraty zróżnicowania się warstwowego komórek z osłabieniem barwliwości. Ponadto stwierdza R. nieco zmienione rozmieszczenie ciał tłuszczowych w świeżo utworzonym naskórku w sąsiedztwie ziarniny, oraz opisuje zachowanie się tych ciał jak i produktów rozpadu keratohyaliny w skórze worka napletkowego płodów zmacerowanych. Wreszcie podaje R. sposób sporządzania preparatów jodowych, jako przydatny w badaniach histologicznych w tym zakresie, jako pomocne w orjentacji. *E. Schmidt* (Kraków).

O barwnych odczynach skórnych. S. KWIATKOWSKI. Przegl. Dermat. Nr. 2. 1934.

Autor badał wpływ wstrzykniętego do skóry barwika (0,2% roztworu błękitu trypanu) na stan zapalny i odczyny alergiczne w skórze, oraz zachowanie się bąbla histaminowego na terenie skóry zajętej przez pole barwne, wywołane przez wstrzyknięcie barwika. Z badań tych wynika, że barwik ten nie wpływa na przebieg i nasilenie stanu zapalnego w skórze, jak również stan zapalny nie stanowi zwykle przeszkody dla tworzenia się skórnej obrączki barwikowej po wstrzyknięciu barwika. Pierścień barwikowy nie stanowił w większości przypadków przeszkody w tworzeniu się bąbla odczynowego po histaminie, ale w kilku przypadkach stanowił przeszkodę wyraźną. Barwik nie wywierał wpływu na przebieg i nasilenie odczynów alergicznych powstałych po wstrzyknięciu doskórnem „dmelkosu" i „gonokcyny", jeśli go wprowadzano razem z owemi szczepionkami jako domieszkę. W większości przypadków nie była również obecność wstrzykniętego samego barwika w skórze przeszkodą dla tworzenia się odczynów alergicznych po wstrzykniętych następnie samych szczepionkach; natomiast w kilku przypadkach nie mogły się te odczyny

swobodnie rozwijać w obrębie pola barwikowego. Działanie hamujące błękitu trypanu na odczyn alergiczny nie jest więc stałe. Niejednolitość tych wyników doświadczalnych tłumaczy autor chwiejnością stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego, stan ten bowiem ulega wahaniom pod wpływem najrozmaitszych czynników fizykalnych, chemicznych i biologicznych.

H. Reiss (Kraków).

O zmianach chorobowych w płynie mózgowo-rdzeniowym w późnych okresach kiły, w szczególności w zmianach trzeciorzędnych. L. HIRSCH. Przegl. Dermat. Nr. 3. 1934.

Autor badał płyn mózgowo-rdzeniowy (na odczyn B.-Wassermanna i odczyny pomocnicze oraz ilość ciałek białych) u 95 chorych kiłowych, chcąc się przekonać, jakie zachodzą różnice w tym względzie pomiędzy kiłą ośrodkowego układu nerwowego a kiłą III-rzędną (zwłaszcza powłok skórnych). Z badań tych wynika, że odsetki zmian chorobowych w płynie m. rdz. w kile III-rzędnej dotyczącej skóry są mniejsze, niż w kile późnej układu nerwowego, kostnego i wogóle narządów wewnętrznych. Na podstawie przytoczonych szczegółowych danych, przypuszcza autor, że zachodzi przynajmniej częściowy antagonizm między zmianami trzeciorzędnemi skóry a schorzeniami kiłowemi późnemi ośrodkowego układu nerwowego.

H. Reiss (Kraków).

Łysienie u dojrzałych mężczyzn jako zaburzenie równowagi hormonalnej przysadkowo-płciowej. E. CANTILO. Pres. Méd. Nr. 75. 1934.

Autor uważa, że łysienie mężczyzn w okresie pełnej dojrzałości płciowej zależne jest od zaburzeń w wydzielaniu hormonów przedniej przysadki. Przekonał się, wstrzykując folikulinę w celu usunięcia łojotoku, że wskutek tego popęd płciowy i łojotok powiększył się, natomiast po zastosowaniu 600 jedn. szczurzych hormonu przedniej przysadki zmniejszył się łojotok i popęd płciowy. Później stosował hormon przedniej przysadki jeszcze w 12 przyp. łojotoku i łysienia i mógł się przekonać, że włosy przestały wypadać i łojotok ustąpił. Wobec tego poleca ten sposób leczenia, przyczem zwraca uwagę na to, by preparaty były czynne i by stosować na miesiąc 1000—1200 jednostek szczurzych po 2—3 zastrzyki na tydzień. Naraz można wstrzyknąć do 300 jednostek domięśniowo, zwykle jednak wystarcza 100—150. Po 5—6 zastrzykach ustaje łojotok, a później wypadanie włosów i łysienie.

Skowroński (Lwów).

Swoiste odczyny skórne w rzeżączce. J. MALAWSKI. Przegl. Dermat. Nr. 2. 1934.

Autor stosował preparat *„compligon"* rozpoznawczo w przypadkach rzeżączki. Jako rezultat swych badań przytacza mniemanie, że preparatem tym można się posługiwać jako środkiem pomocniczym w przypadkach wątpliwych; odczyn po kompligonie nie jest jednak bezwzględnie swoisty i wypada nierzadko ujemnie w przypadkach niewątpliwej rzeżączki, a dodatnio nawet po zupełnem jej wyleczeniu.

H. Reiss (Kraków).

Okulistyka.

Reakcja źrenic na światło i alergja. B. BEJLIN. Wracz. Dieło. Nr. 6. 1934.

Reakcja źrenic na światło ma znaczenie w diagnostyce, szczególnie chorób nerwowych, przyczem zwracamy przedewszystkiem uwagę na zwolnienie lub brak reakcji na światło. Autor badał przypadki żywszego niż normalnie reagowania źrenic na światło i stwierdził, że występuje ono u osobników z t. zw. skazą alergiczną.

Wiadomem jest, że źrenice nigdy nie znajdują się w stanie zupełnego spoczynku i stale istnieją pewne wahania *(Pupillenunruhe).* Wielkość tych nieznacznych wahań zależy od szeregu czynników konstytucjonalnych; wahania natomiast znaczniejsze i żywsze przemawiają za konstytucją alergiczną.

Dalsze dokładniejsze badania reakcji źrenic na światło przeprowadzane są zapomocą specjalnie przystosowanych aparatów kinematograficznych.

M. Segal (Lwów).

Badania nad obrazem chorobowym „niebieskich twardówek". J. HIRSCHMANN. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 126. Str. 718—729.

Choroba „niebieskich twardówek" jest dziedziczna po stronie męskiej. Niebieska barwa twardówki nie polega na jej zabarwieniu, lecz zmianie budowy (ścieńczenie do 3/4 lub 1/3 grubości normalnej, brak błony Bowmanna, włókna podporowe w mniejszej ilości) i na przebarwieniu naczyniówki. Powstaje na tle uszkodzenia mezodermy. Towarzyszą jej inne zmiany w tkankach. z mezodermy powstałych: kości wykazują obraz *osteogenesis imperfecta tarda* i są nadmiernie kruche, jeszcze częściej występuje wiotkość więzadeł z nadmierną ruchomością w stawach i zwichnięciami, często konstytucja limfatyczna, kruchość naczyń krwionośnych (krwiaki), nadmierna ilość płytek. Opis 5 własnych przypadków.

H. Długosz (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcyi do spraw szpitalnictwa oraz higieny psychicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 5 czerwca 1934.

Przewodniczy: Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Na porządku dziennym: dalszy ciąg dyskusji nad projektem ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi.

Do art. 21.

Dr. Łuniewski odczytuje poprawki Naczelnej Izby Lekarskiej.

Dr. Falkowski podkreśla, że w ust. 1 należy wyraźnie zanaczyć, w jakich wypadkach Dyrektor Szpitala może wyrazić sprzeciw.

P. Wojnarski zaznacza, że ponieważ art. 21 zawiera postanowienia o charakterze proceduralnym, możnaby te przepisy umieścić w rozporządzeniu wykonawczem.

Dr. Łuniewski wyjaśnia, że w swoim czasie przedstawiciel Ministerstwa Sprawiedliwości kładł nacisk na to, żeby postanowienia te były umieszczone w ustawie, nie zaś w rozporządzeniu wykonawczem.

Do art. 22.

Dr. Pieńkowski, nawiązując do ust. 4 tego artykułu, zapytuje, kto ocenia, czy żądanie jest bezpodstawne. W myśl ostatniego ustępu tego artykułu zdanie lekarza nie-specjalisty przeważa nad zdaniem lekarza-psychjatry.

Dr. Łuniewski wyjaśnia, że ustęp ostatni został wstawiony na skutek żądania Ministerstwa Sprawiedliwości.

Prof. Dr. Mazurkiewicz przemawia przeciwko znacznej liczbie instytucyj kontrolujących.

Do art. 23.

Dr. Chodźko zaznacza, że od 15 lat nie było wypadku, aby osoby zdrowe były zatrzymywane w szpitalu dla psychicznie chorych.

W wyniku dyskusji sekcja uchwaliła wprowadzić zmiany redakcyjne w tym artykule.

Do art. 24.

Prof. Dr. Pieńkowski proponuje zmienić redakcję art. 18 łącznie z art. 24, gdyż należy uzupełnić możliwości zwolnienia chorego psychicznie ze szpitala.

Dr. Łuniewski wyjaśnia, że rozdział IV otrzymał redakcję zgodnie z poprawkami Ministerstwa Sprawiedliwości.

W wyniku dyskusji Sekcja uchwaliła uzgodnić art. 18 z art. 24.

Do art. 25.

Dr. Chodźko i Prof. Dr. Mazurkiewicz przemawiają przeciwko brzmieniu tego artykułu.

Do art. 27.

Prof. Dr. Pieńkowski znajduje, iż postanowienia art. 27 stoją w sprzeczności z postanowieniami art. 31.

W wyniku dyskusji Sekcja uchwaliła art. 27 nadać jaśniejszą stylizację.

Do art. 30.

Prof. Dr. Pieńkowski znajduje, że analogicznie do poprzednich artykułów należałoby również wprowadzić w tym artykule 3 instancje.

Do art. 36.

Przedstawiciel Związku Samorządów proponuje dodać poprawkę, głoszącą, że co do zakładów, należących do samorządów, rozporządzenie wykonawcze będzie wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Do art. 40.

Prof. Dr. Pieńkowski podkreśla, że artykuł ten zawiera bardzo ważne postanowienia, gdyż pozwala na umieszczenie w zakładzie dla umysłowo chorych na podstawie decyzji władzy administracyjnej. W związku z tem mówca proponuje ustęp ostatni tego artykułu rozszerzyć klauzulą, wymagającą orzeczenia konsyljarnego psychjatrów.

Zachodzą dwie możliwości: lekarze powiatowi powinni być psychjatrami, albo wniosek o umieszczeniu na obserwacji winien być uzasadniony orzeczeniem lekarskiem, które ma zawierać głos 1 psychjatry.

Dr. Łuniewski wskazuje na życiową konieczność umieszczenia takiego postanowienia w ustawie, zwłaszcza ze względu na bezpieczeństwo publiczne. Co do orzeczenia psychjatrycznego, to na prowincji niezawsze może być udział lekarza psychjatry.

Do art. 44.

Prof. Dr. Pieńkowski wyraża zastrzeżenie co do końcowego ustępu tego artykułu. Tylko psychjatra może być inspektorem psychjatrycznym.

Dr. Falkowski podtrzymuje zdanie Prof. Dr. Pieńkowskiego.

Dr. Chodźko zaznacza, że inspektorami psychjatrycznymi mogą być również dyrektorowie szpitali psychjatrycznych, gdyż w danym przypadku chodzi nietylko o nadzór, ale i opiekę nad psychicznie chorymi.

Dr. Łuniewski wyjaśnia, że koncepcja tego artykułu jest oparta na opiece regionalnej. W województwach, w których niema żadnych szpitali dla psychicznie chorych, pracować będzie inspektor psychjatra.

W założeniu chodzi o to, ażeby w każdem województwie był organ, któryby sprawował nadzór i opiekę nad osobami psychicznie choremi.

Do art. 45.

Dr. Łuniewski zaznacza, iż na poprzedniem posiedzeniu proponowano, aby cyfra psychjatrów była nieparzysta.

Na powyższem posiedzenie zakończono.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XXVIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 7 grudnia 1934 r.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Rothfeld, czł. T-wa: przedstawia *przypadek wągrzycy mózgu.*

Chory lat 63. cierpi według zapodania rodziny od kilku lat na napady utraty przytomności, trwające kilka sekund bez drgawek. Od blisko roku napadowo bóle głowy z zawrotami, bez nudności i wymiotów. W ostatnim czasie zaburzenia pamięci, nie poznaje bliskich osób, często mówi niedorzecznie, ma nieuzasadnione pretensje do otoczenia. Sam chory w chwili przyjęcia do Kliniki skarżył się na gwałtowne bóle w karku, barkach i plecach. Badaniem przedmiotowem stwierdza się tarczę zastoinową obustronną. Roentgen czaszki bez zmian, zaznaczona sztywność karku. Odruch kolanowy i ze ścięgna Achillesa po prawej nieco żwawszy. Wassermann krwi ujemny, w płynie mózgowo-rdzeniowym 225/3 leukocytów, 80/3 limfocytów, Pandy ++++, Nonne +, odczyn z chlorkiem złota 6666643211, w osadzie płynu 11,7% eozynofilów. Badanie krwi: c. czerw. 6,520.000, c. biał. 7500. Hemog. 73%, indeks Hb 0,56. Segment. 71.5%, pałeczkowatych 0,6%, eozynofilów 5,7%, monocytów 5.6%, limfocytów 16,6%. Wassermann płynu ujemny. W kale brak pasorzytów. Pod względem psychicznym chory mało produktywny, trudno z nim wejść w bliższy kontakt, pamięć na przeżycia dawniejsze dobra, na świeższe gorsza. Czasem skarży się na silne bóle głowy; wtedy wogóle nie daje odpowiedzi na pytania, jęczy, narzeka, czasem mówi niewyraźnie, bełkocąco. W dniach lepszych chory jest rozmowniejszy, spokojny i daje wyjaśnienia o swojej chorobie. W czasie obserwacji stwierdzono przejściowo dodatni objaw Babińskiego i Oppenheima po stronie lewej, później lewy n. VII. dolny gorszy; napadowe bóle głowy. Po kilkakrotnem nakłuciu lędźwiowiem stwierdzano stale pleocytozę, wybitnie dodatni odczyn Pandy'ego i krzywą paralityczną, jakoteż 7—14% eozynofilów w osadzie płynu. Przy powtórnem badaniu krwi ilość eozynofilów wynosiła tylko 4—5%. Objawy wzmożonego ucisku wśródczaszkowego z zaburzeniami psychicznemi, zaznaczona sztywność karku, zmienność objawów somatycznych i zmienność nasilenia zaburzeń psychicznych nasunęła wobec obecności eozynofilów w płynie mózgowo-rdzeniowym podejrzenie na wągrzycę mózgową. Wykonane odczyny skórne z antygenem swoistym dały tylko słaby wynik dodatni, natomiast stwierdzono odczyn strącenia we krwi, odczyn strącenia obecności precypityn swoistych dla wągra uzbrojonego *(cyst. cell.)* (Prof. Dr. Trawiński). Wobec dodatniego odczynu rozpoznanie wągrzycy nie ulega wątpliwości. Na uwagę zasługuje skład płynu zupełnie analogiczny do składu spotykanego w typowem porażeniu postępującem, na co i w piśmiennictwie dotyczącem wągrzycy zwracają uwagę; mówca ma równocześnie w obserwacji klinicznej chorego z porażeniem postępującem z typowym płynem paralitycznym i eozynofilją w płynie (2,7%); we krwi tego chorego stwierdzono 12% eozynofilji, w kale *ascaris lumbricoides.* R. sądzi, że w przypadkach eozynofilji we krwi może się zjawić eozynofilja w płynie, jeżeli wystąpi sprawa oponowa przebiegająca z pleocytozą. W ten sposób należy tłumaczyć eozynofilję w przypadku porażenia postępującego; w przypadku wągrzycy jest ona prawdopodobnie bezpośredniem następstwem schorzenia opon.

W dyskusji: Kol. Trawiński zwrócił uwagę na dwie kwestje, mianowicie przyczynę i metody rozpoznawania wągrzycy. Przyczyną wągrzycy jest tasiemiec samotny, który może wywołać wągrzycę w sposób bezpośredni (samozakażenie) i pośredni. W pierwszym przypadku człony tasiemca, usadowionego w jelicie doczaszkowo, mogą podczas wymiotów, które są częstym objawem przy tasiemcu, przedostać się do żołądka, gdzie wskutek działania soku żołądkowego wydostają się z zawartych w członie jaj larwy t. zw. onkosfery, przenikające w sposób czynny do naczyń krwionośnych, a tą drogą do mózgu, gdzie przekształcają się w pęcherzyki wągrowe. W przypadku drugim zakażenie następuje od zewnątrz, przeważnie za pośrednictwem środków spożywczych, zakażonych odchodami żywiciela tasiemca (jarzyny, a zwłaszcza sałata spożywana w stanie surowym). Częstość pojawiania się wągrzycy pozostaje w związku przyczynowym z dopuszczaniem do spożycia mięsa nierogacizny, zakażonego wągrzycą. Wedle Virchowa ilość przypadków wągrzycy mózgu, obserwowanych przy sekcji zwłok ludzkich, zmniejszyła się w Berlinie od czasu wprowadzenia powszechnego przymusu badania mięsa z *1 : 31* do *1 : 280.* Co się tyczy metod rozpoznawczych wągrzycy, to zjawisko eozynofilji nie może być uważane za swoiste, ponieważ występuje ono także przy innych schorzeniach pasorzytniczych np. przy włośnicy, a także w razie obecności w organizmie pasorzytów niechorobotwórczych np. glist. Dobre natomiast wyniki dają metody biologiczno-serologiczne, mianowicie odczyn śródskórny i odczyn strącania, wykonane swoistym antygenem. Powyższe odczyny okazały się skuteczne i zupełnie swoiste także w przypadku, przedstawionym przez prof. Rothfelda.

2. Kol. Demianowska, czł. T-wa, przedstawia dwoje rodzeństwa: dziewczynkę 10 letnią i chłopca 8 letniego z rodziny żydowskiej, u których wystąpiły w najwcześniejszem dzieciństwie *hiperkinezy pochodzenia pozapiramidowego.* U chłopca ruchy przymusowe pod formą kurczy zajmują przeważnie mięśnie kręgosłupa i karku, u dziewczynki stwierdza się nadto ruchy przymusowe w kończynach górnych przypominające pląsawicę i atetozę. U obojga rodzeństwa zajęte są także mięśnie twarzy, warg i języka, mowa zamazana, chwilami wybuchowa. Po omówieniu lokalizacji i symptomatologji jąder podstawowych dochodzi prelegentka do wniosku, że przypadki przedstawione stanowią obraz nietypowego kurczu torzyjnego o tyle, że zajęte są mięśnie twarzy, a u dziewczynki ruchy przypominają raczej pląsawicę i atetozę.

3. Kol. Fleck, gość, wygłosił wykład: *Z zagadnień serologji kiły.*

W dużym procencie surowic kiłowych można wykazać brak 4 składowej komplementu, wzgl. jej zmniejszoną ilość lub szybsze znikanie przy starzeniu się surowicy. Przy użyciu techniki, której szczegóły ukażą się w obszernej pracy w *„Med. Społ. i Dośw."*, znaleziono te stosunki w 14 surowicach spośród 32 zbadanych surowic kiłowych, a tylko w 3 spośród 115 surowic przypuszczalnie niekiłowych. Ulepszenie techniki (miareczkowanie komplementu świnki pozbawionego 4 składowej) dałoby prawdopodobnie jeszcze bardziej swoiste wyniki. Porównanie z danemi klinicznemi każe przypuszczać, że brak czwartej składowej występuje znacznie częściej w kile starej niż świeżej i że utrzymuje się podczas leczenia dłużej niż dodatni odczyn Wassermanna. Stosunek tego braku do mechanizmu reakcji Wassermanna wynika z następującego zestawienia:

czwarta składowa: sur. kiłowa: niedobór; prawidłowa sur. królicza: brak; ludzka surowica sztuczna pozbawiona 4 składowej: brak;

antykomplem. dział. w stanie aktywnym: sur. kiłowa: wzmożone; prawidłowa surowica królicza: wybitne; ludzka surowica sztuczna pozbawiona 4 składowej: wybitne;

wpływ ogrzewania: sur. kiłowa: zmniejsza działanie antykomplement.; prawidłowa surowica królicza: zmniejsza działanie antykomplement.; ludzka surowica sztuczna pozbawiona 4 składowej: usuwa działanie antykomplement.;

odczyn Wassermanna: sur. kiłowa: dodatni; prawidłowa surowica królicza: często dodatni; ludzka surowica sztuczna pozbawiona 4 składowej: dodatni w stanie aktywnym.

Ponieważ próby wiązania komplementu nawet z surowicami inaktywowanemi operują właściwie dwoma komplementami: miareczkowanym komplementem świnki i miareczkowanemi ciepłotrwałemi częściami komplementu ludzkiego, z których właśnie czwarta składowa gra w wiązaniu tem rolę zasadniczą, należałoby może surowice badane przed badaniem pozbawiać tej

składowej. Możliwe jest, że próby wiązania np. w gruźlicy, nowotworach i t. d. dadzą wyniki bardziej jednoznaczne, jeżeli użyjemy takich surowic „hiperinaktywnych".

W dyskusji: Kol. Lenartowicz: Z zajmującego wykładu Kol. Flecka osobiście zainteresowały prelegenta uwagi, odnoszące się do odczynu Wassermanna wykonanego z krwią króliczą. Kol. F., jak to zresztą i z piśmiennictwa wiadomo, wspomniał, że w 30—40% stwierdza się dodatnie odczyny serologiczne kiłowe u królików zupełnie zdrowych. Stwierdzenie, że u królików brak jest we krwi czwartej składowej komplementu, podobnie, jak we krwi ludzi kiłą dotkniętych, wyjaśnia, dlaczego u królików zdrowych, tak często stwierdza się dodatni odczyn B. W. a obok niego i inne odczyny, jak np. odczyny skłaczkowacenia, którym przypisuje się już nieco większą swoistość. Kol. L. zaznacza, że zawsze stał na tem stanowisku, że odczyny serologiczne w rozpoznawaniu zakażenia kiłowego u królików nie mają żadnej wartości, a zawodność odczynów serologicznych u królików wykazali w pracach swoich współpracownicy Kliniki Chorób Skórnych U. J. K.: Chorążak i Zisch. Dziwić się należy, że niektórzy poważni badacze, jak np. Gastinel i Pulvenis, chcą na podstawie odczynów serologicznych u królików rozstrzygać o zakażeniu bezobjawowem. Chciałby dowiedzieć się od prelegenta, czy wiadomo, na czem polega i od czego zależy brak czwartej składowej w komplemencie krwi królików i czy są w tym kierunku różnice w krwi królików kiłowych i niekiłowych oraz czy przez dodanie owej czwartej składowej komplementu nie możnaby zamienić odczynów serologicznych dodatnich w ujemne?

Sekretarz Doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 18 października 1933 roku.

Pokazy.

1. Kol. Zahorski przedstawia pacjenta *z symetrycznemi zmianami w stawach skokowych i barkowych, uważając je za arthritis infectiosa.*

W dyskusji: Kol. Osiński szuka przyczyny sprawy stawowej w przebytej sprawie zapalnej migdałków.

Kol. Kotarski mówi o rdzeniowem tle sprawy.

Kol. Ingster stwierdza brak zmian neurologicznych.

Kol. Welfe zaznacza, iż leczenie promieniami Roentgena w tym przypadku daje dobre wyniki.

Kol. M. Trawiński podkreśla, że skryta infekcja może być przyczyną stanów zapalnych stawów.

2. Kol. Nasiłowski (pokazy z Centr. Ośr. Leczn. chorób dzieci Kasy Chorych w Sosnowcu):

1) Chłopiec 7-letni *z kiłą wrodzoną: Stigmata luetica: caput quadrat., dystrophia dent.* (górne siekacze w postaci dłóta), *abreviatio digitor. V man., pectus carinatum.* Waga ciała i wzrost nieco mniejsze od normy. Wywiady: 3 porody przedwcz. i 1 poronienie przed nim. Badanie kliniczne i serolog. rodzeństwa potwierdza kiłę wrodzoną. Ze względów technicznych nie można pokazać 2 młodszych braci.

2) Chłopiec lat 8 i 9 miesięcy *z kiłą wrodzoną.* Od urodzenia zmiany w nosie (sapka), w 3 dniu drgawki, leczony u kilku lekarzy, w wieku 5—6 mies. otrzymał „6 zastrzyków w pośladki", po nim 3 poronienia, pierwsze zęby przed rokiem, wkrótce po wyjściu zaczęły próchnieć i wypadać, chód około 2 lat. Uporczywy, niedający się dotąd wyleczyć wyciek cuchnący z nosa *(ozaena).* Zniszczenie znacznego stopnia chrzęstnej i kostnej przegrody nosowej. W szczęce górnej brak przednich zębów — tylne zmniejszone i rzadziej osadzone, barwy żółtawej; w żuchwie — siekacze drobniutkie, ząbkowane, barwy woskowej jakby bez szkliwa; tylne zęby jakby w zaniku. Guzy czołowe, odstające łopatki. Upośledzenie zdolności umysł. miernego stopnia. Serolog. badanie chorego i jego rodziców dopiero w 1933 r. Krew chłopca i matki — Wa i M. wybitnie dodatnie; u ojca — ujemne.

3) Dziewczyna lat 8 z *mongolowatością* — upośledzenie rozwoju fizycznego (znamiona mongoł.) i psychicznego. Wykluczenie kiły. Wywiady oraz odczyny serolog. we krwi dziecka i matki — ujemne.

3. Kol. Ingster przedstawia: 1) *przypadek kiły wrodzonej* u 38 letniej kobiety. Wogóle dotychczas nie chorowała. Choroba objawia się u niej siodełkowatym nosem i klasycznemi zębami Hutchinsona. Krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermanna dały wynik ujemny. Narządy wewnętrzne bez zmian uchwytnych. Objawów ze strony systemu nerwowego nie udało się wykryć. Ma jedno dziecko. Poronień ani nieżywych płodów nie było. Krew morfologicznie prawidłowa.

U pacjentki wystąpiły bardzo silne bóle głowy i psychopatja o charakterze depresyjnym z bezsennością i ogólnem osłabieniem od chwili, kiedy u męża wystąpiły objawy paraliżu postępowego. Referent tłumaczy psychopatję jako objaw zwyrodnienia ogólnego na tle wrodzonej kiły.

2) *Przypadek kiły wrodzonej* u 29 letniej kobiety. Miała dwoje dzieci, z których jedno zmarło w 1. roku życia, drugie jest pozornie zdrowe. Poronień nie było, pacjentka miała dotychczas chorować tylko na „anemję", ostatnio na „nerwicę serca", z którą zgłosiła się do prelegenta. Pierwsze badanie naprowadziło prelegenta na właściwy trop, z tego względu, że zachodziły klasyczne siekacze Hutchinsona. Innych objawów kiły wrodzonej nie można było się dopatrzyć. Rytm serca wybitnie niemiarowy i przyspieszony do 120 na min. O. Wa we krwi silnie dodatni. Temperatura 37,2° do 37,5°; bóle głowy. Po zastosowaniu leczenia swoistego w postaci *Bichijod* i *Novarsenobenzolu* po 0,3, wystąpiło u pacjentki już po pierwszych zastrzykach miąższowe zapalenie rogówki prawego oka, które dopiero po dwóch miesiącach się cofnęło. Nasuwa się tu przypuszczenie, że leczenie swoiste podziałało tu prowokująco na rozwój choroby ocznej. Objawy sercowe przy leczeniu swoistem i jednoczesnem podawaniu środków nasercowych trochę się złagodziły.

3) *Przypadek stwardnienia rozsianego* u 50 letniego mężczyzny. Skarżył się on na bardzo silne zawroty głowy. Prelegent przypuszczał początkowo, że zachodzi ogólna miażdżyca, ponieważ pacjent wykazywał osłabienie słuchu obustronne z przewagą po stronie prawej i stwierdzono wężykowato przebiegające tętnice skroniowe i sprychowe przy jednoczesnem ich stwardnieniu; ale bliższe badanie wykazało, że u badanego zachodzą: oczopląs obrotowy, prawostronnie zniesiony, a lewostronnie osłabiony odruch brzuszny i prawostronne połowicze osłabienie czucia na wszystkie rodzaje oraz lekka niezborność statyczna. Te objawy wskazywały już na stwardnienie rozsiane, tem bardziej że badanie krwi na odcz. Wa dało wynik ujemny, a stan serca nie wskazywał jeszcze na daleko posuniętą sprawę miażdżycową. Przypadek ten jest pouczający ze względu na możliwość pomieszania rozpoznania z miażdżycą. Dla porównania przedstawia referent pacjenta z daleko posuniętem stwardnieniem rozsianem, a mianowicie z wybitnem drżeniem zamiarowem, zniesionemi odruchami brzusznemi, z spastycznym niedowładem kończyn dolnych i t. d.

4) *Przypadek stwardnienia rozsianego z subtelniejszemi objawami* u 18 letniego chłopca. Objawy: połowicze znieczulenie lewostronne na wszystkie rodzaje czucia z lewostronnem osłabieniem siły motorycznej kończyn i nieznacznem osłabieniem odruchu brzusznego po stronie lewej. Krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na o. Wa ujemne, cytologicznie prawidłowe. Rozpoznanie trudne i wieloznaczne, ale objaw Herzoga w postaci t. zw. *hippus* źrenic (zmienność ich rozmiarów przy wpatrywaniu się w odległy o kilka metrów punkt), wskazywał tu na stwardnienie rozsiane.

4. Kol. Ficenes przedstawia chorą ze Szpitala Położniczo-ginekologicznego Kasy Chorych w Sosnowcu, która *przebyła laparotomję spowodu krwotoku do jamy brzusznej z ciałka żółtego,* oraz demonstruje odpowiedni preparat. Pacjentka 30 letnia, zamężna od 12 lat, rodziła 3 razy siłami natury, ostatnio przed 7 laty, nie roniła nigdy, miesiączkowała co 4 tygodnie po 4—5 dni, ostatniemi laty — z bólami.

Dnia 17 września r. b., w 20 dni po perjodzie, chora doznała nagle silnego bólu brzucha, zemdlała kilka razy i wymiotowała. Tegoż dnia wezwany lekarz, podejrzewając ciążę zewnątrzmaciczną, skierował chorą do szpitala, gdzie w nocy z 17 na 18 września wykonano operację, również rozpoznając krwotok brzuszny spowodu ciąży trąbkowej.

Po otwarciu brzucha stwierdzono z 1½ do 2 litrów krwi płynnej i skrzepłej w jamie brzusznej, oba jajowody zgrubiałe, w zrostach, zarośnięte na końcach brzusznych, bez jakichkolwiek cech ciążowych, natomiast z otworu w ciałku żółtem jajnika prawego sączącą się cienkim strumieniem krew. Przydatki prawe oraz jajowód lewy usunięto, wydobyto również wylaną do jamy brzusznej krew. Dokładne badanie histo-patologiczne nie wykryło żadnych cech ciążowych ani w jajowodach, ani w jajniku, ani też w wydobytej z brzucha krwi. Chora zniosła zabieg dobrze i po 2 tygodniach została wypisana zdrowa. Skazy krwotocznej, krwawiączki, białaczki, kiły i t. p. u pacjentki nie stwierdzono.

Kol. Ficenes opisuje fizjologję pęcherzyka jajnikowego i ciałka żółtego oraz wylicza czynniki etjologiczne, mogące wywołać wyżej opisane cierpienie. Prelegent uważa, iż w przedstawionym przypadku krwotok z ciałka żółtego został wywołany przez zmiany zapalne a unieruchomienie jajnika było czynnikiem predysponującym.

Prezes Kol. Suchodolski podnosi rzadkość przedstawionego przypadku. W Szpitalu Ginekologicznym zdarzył się podobny przypadek po raz drugi.

5. Kol. M. Trawiński pokazuje: 1) pacjentkę lat 27, u której przed miesiącem *usunął duże roponercze, powstałe wskutek zatkania moczowodu kamieniem* (pokaz preparatu).

Powyżej zatkania moczowód był grubości kciuka, a nerka przeistoczyła się niemal całkowicie w worek wypełniony ropą. Pomimo tego, chora miała zaledwie stany podgorączkowe, a sama nerka tylko luźne zrosty, dała się więc usunąć z łatwością. Badanie mikroskopowe zmian gruźliczych w nerce nie wykryło. Po operacji nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

2) Pokazuje *wynik odległy po szwie kości udowej spowodu złamania.* Pewien 30 letni robotnik uległ ciężkiemu urazowi kopalnianemu, wskutek którego doznał złamania kości udowej przy jednoczesnem znacznem uszkodzeniu powłok tegoż uda.

Badanie rentgenowskie wykazało złamanie kości udowej typu poprzecznego z bardzo znacznem przemieszczeniem odłamków. Początkowo zastosowano wyciąg, który dochodził do 12 kg, nie mógł jednak być założony, jakby należało, ze względu na wspomniane obrażenia powłok.

Ponowne badanie rentgenowskie po miesiącu pokazało, że wprawdzie kostniny narosło sporo, ale ustawienie odłamków pozostało bardzo złe.

Wobec tego, po wygojeniu skóry, chorego poddano operacji. Kostninę usunięto, złamanie nastawiono z całą dokładnością koniec do końca i utrwalono je zapomocą długiej płytki metalowej Shermana, umocowanej 4 pętlami z grubego drutu.

Nastąpił rychłozrost i mocny zrost kości w doskonałem ustawieniu. Po $2^1/_2$ miesiącach w znieczuleniu miejscowem materjał metalowy, użyty do szwu kostnego, usunięto. Dalej — leczenie jak zwykle.

Obecnie, po przeszło 2 latach od wypadku, pacjent ma kończynę kształtną, prostą, bez najmniejszego skrócenia. Stawy przyległe zachowały ruchomość w pełni. Chodzi, pracuje. Pozostaje jedynie pewien zanik mięśni uda. Badanie rentgenowskie świeże pokazało, że kość udowa jest prosta, kanał szpikowy udrożnił się, a kostniny dookoła miejsca byłego złamania wcale mało.

6. W krótkiej przerwie przedstawiono wnioski (Kol. Nasiłowski i Kol. Welfe) w sprawie prenumerowania czasopism na 1934 r. i postanowiono dołączyć do dotychczas prenumerowanych: „Przegląd Dermatologiczny" oraz „Gastrologię Polską".

7. Kol. Nasiłowski: Odczyt: *„Spostrzeżenia nad kiłą wrodzoną w Zagłębiu Dąbrowskiem".* (1921—1932 r. Szpital dla dzieci i Ośr. Leczn. K. Ch.). Odczyt ten wygłoszony w sekcji pediatr. XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodn. Pol. w Poznaniu.

Autor analizuje spostrzegane przypadki kiły wrodzonej. Pod względem trudności rozpoznawczych dzieli materjał na 3 grupy: 1) przypadki kiły wrodzonej łatwo stwierdzane; 2) przypadki kiły wrodzonej rozpoznawane z trudnością (z pomocą metod laboratoryjnych i przy współpracy innych lekarzy); 3) przypadek kiły wrodzonej tylko domniemanej, tak zw. *constit. luetica.*

Historja chorej dziewczynki 11 letniej z *lues cong. tarda viscerał.* Ustalenie rozp. *post mortem (autopsia)* przez anatomopatologa (badanie histopat. przesłanych wycinków z wątroby, śledziony i nerek przez p. prof. Ciechanowskiego w Zakł. Anat. Patolog. Uniw. Jagiell.). Rozpoznanie różniczkowe między gruźlicą a kiłą. Niemowlę z powiększoną śledzioną i zmianami skórnemi na policzku, w których (kropla wysięku na szkiełko) wykryto krętka bladego (Dr. Bol. Budzyński). Dwa przypadki z zajęciem systemu nerwowego *(hydrocephalus* i *meningitis in ind. luetico),* gdzie odczyny biologiczne (Wa i M.) w płynie mózg.-rdzen. wypadły ujemnie, a we krwi silnie dodatnio. Przypadki *osteogenesis imperfecta, myxoedema,* zespołu Little'a, czaszki wieżycowatej i zaburzeń rozwojowych — gdzie nie stwierdzono tła kiłowego.

Poglądy krytyczne na liczne obecnie opisywane „znamiona kiły".

Podobieństwo kliniczne i anatomo-patolog. (tworzy gruzełki) kiły i gruźlicy. *Constitutio luetica* i *constitutio tuberculosa.*

Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*
Sekretarz: *Dr. F. Sztuka.*

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

Przez dłuższy czas byłem nieobecny w Warszawie i dlatego z opóźnieniem odpowiadam na uwagi Dra Wł. Elmera (P. Gaz. Lek. Nr. 2. 1935) w sprawie mego artykułu o tarczycy (P. Gaz. Lek. Nr. 50 i 51. 1934). Uwagi te oparte są na głębokiej i gruntownej znajomości gospodarki jodowej w ustroju oraz biochemji tarczycy. Mój wykład kliniczny przeznaczony był dla lekarzy, którzy zjeżdżają do Ciechocinka celem uzupełnienia swej wiedzy, przeważnie praktycznej. Ponieważ nie rozumiem postępu praktycznego bez wyłożenia jego podstaw teoretycznych, przeto w jednym wykładzie o tarczycy musiałem oprócz strony klinicznej omówić anatomję patologiczną i biochemję przedmiotu. Mogłem więc w kwestjach teoretycznych podać minimum wiadomości i akurat tyle, żeby słuchacz, osiągając postęp praktyczny, był w stanie uświadomić sobie, co chce osiągnąć terapeutycznie w schorzeniach tarczycy i jaką drogą najprościej do zamierzonego celu zdążać. Dr. E. zaznacza, iż koloid zawiera gotowe już hormony tarczycowe i powołuje się na prace Graba, — ale czy jod, zawarty w koloidzie tarczycowym, składa się całkowicie z gotowych hormonów? Mówiąc o różnicy biologicznej między tyreoidyną i tyroksyną, miałem na myśli tyroksynę, wstrzykiwaną podskórnie lub domięśniowo, bo doustnie jej nigdy nie stosowałem. W powodzi podanych przeze mnie faktów ten szczegół co do drogi wprowadzania tyroksyny przeoczyłem. Bardzo żałuję, iż, mówiąc o gospodarce jodowej w ustroju ludzkim, przeoczyłem cenną pracę autora z Zakładu prof. Frankego we Lwowie. Całkowicie się piszę na propozycję Dra E., by w schorzeniach tarczycy oprócz oznaczania przemiany spoczynkowej i obarczenia glukozą, jak to robimy na Oddziale, — badać bilans jodowy oraz dokonywać obarczeń jodem; z tym zamiarem noszę się właściwie od szeregu lat, ale do wprowadzenia go w życie potrzebne jest coś więcej, aniżeli dobra wola kierownika oddziału szpitalnego.

Łączę wyrazy prawdziwego poważania

Dr. Med. Anastazy Landau.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Marja ze Stachiewiczów Dolińska, żona nacz. lekarza m. Lwowa, zmarła dnia 12 lutego we Lwowie. Ś. p. Drowa Dolińska była zastępczynią przewodniczącej Lwowskiego Tow. Pomocy dla Wdów i Sierót po Lekarzach bez przerwy od chwili jego powstania. Pracowała w Towarzystwie niestrudzenie, oddana całą duszą ideowej pracy na polu niesienia pomocy najbiedniejszym, pozostałym po naszych kolegach, zawsze głęboko odczuwająca ich dolę, zawsze pogodna i ofiarna. Śmierć Jej pozostawiła głęboką szczerbę i szczery żal wśród członków Wydziału tego tak bardzo humanitarnego Towarzystwa oraz wśród szerokiego grona lekarzy — nic dziwnego, gdyż Zmarła odznaczała się nieprzeciętnemi zaletami serca i umysłu.

Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej we Lwowie, czcząc pamięć Zmarłej, złożył 100 zł na cele Towarzystwa.

Dr. Stanisław Gawlikowski, zasłużony działacz społeczny, zmarł w Złoczowie w wieku 70 lat.

Dr. Bronisław Kozłowski zmarł w Drohobyczu w wieku 65 lat.

Dr. Marceli Puza zmarł w Sądowej Wiszni w wieku 64 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

IV. posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się dnia 15 lutego 1935. 1) Kol. Sosin: Pokazy preparatów anatomo-patologicznych: a) Dwa przypadki włókniako-mięśniaków przełyku, b) Ciało obce w przełyku, c) Gruczolak złośliwy wątroby. 2) Kol. Goldschlag: Znamię niebieskie (Blauer-Naevus), punkt wyjścia dla mięsaka czerniaczkowego (demonstracja). 3) Kol. Nadel: Barwiki akrydynowe, a układ siateczkowo-śródbłonkowy (odczyt).

Krakowskie Two Ginekologiczne zawiadamia, że na Walnem Zgromadzeniu w dniu 29 stycznia 1935 r. wybrało na rok bieżący Zarząd o następującym składzie: Prezes: Doc. Dr. T. Keller, Wiceprezes: Dr. J. Niewola-Staszkowski. Sekretarz: Dr. St. Cikowski. Skarbnik: Dr. H. Urzędowski. Członk. Wydziału: Dr. J. Szancenbach, Dr. Bol. Pogonowski. Członk. Kom. rewizyj.: Dr. T. Piotrowski, Dr. Br. Woyciechowski. Członk. Redakcji Gin. Polskiej: Prof. Dr. J. Zubrzycki, Doc. Dr. J. Szymanowicz. Członk. miejscowej Komisji Redakc.: Prof. Dr. J. Zubrzycki, Dr. Ada Marek-Rutkowska, Dr. Br. Woyciechowski, Dr. J. Lachs.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dn. 19 lutego 1935 r. 1) Kuligowski Z.: Krwotok podpajęczynówkowy u 17-letniej dziewczyny powtarzający się kilkakrotnie w ciągu 9 lat. — Z cyklu „Choroby trzustki". 2) Chodkowski K.: Anatomja patologiczna niektórych chorób trzustki. 3) Grott J. W.: Kliniczne badanie trzustki.

Ogólny Kongres Międzynarodowej Organizacji Zwalczania Jaglicy odbędzie się w dniu 3. IV. 1935. w Londynie.

Różne.

Z kraju.

B. wiceminister Opieki Społecznej Dr. K. Duch wydał książkę p. t. Ubezpieczenia Społeczne. Praca ta stanowi poważny dorobek naukowy w dziedzinie ubezpieczeniowej. Obszerną recenzję zamieścił „Narodowy Socjalista" w Nr. 2. 1935.

Na rynku zielarskim odczuwa się zupełny brak rumianku i kozłka lekarskiego, których cena z tego powodu znacznie wzrosła.

W powiecie szamotulskim rolnicy założyli prywatną Kasę Chorych.

Włochy.

Podczas inauguracji Instytutu - Sanatorjum „Mussolini" w Rzymie obecny był duce. Budynki obejmują terytorjum 28200 m², park — 200.000 m². Koszty budowy wynosiły 60 miljonów lirów, z tego 18 miljonów wypłacono robotnikom. Instytut zawiera między innemi Centrum statystyczne i Muzeum przeciwgruźlicze. Śmiertelność na gruźlicę spadła z 60000 na 35000 rocznie.

Liczba słuchaczów medycyny wynosiła we Włoszech w roku 1933/34 56.000, zaś w roku 1914/15 tylko 20.000. Natomiast w Niemczech liczba słuchaczów spadła z 21.525 w roku 1925 na 18.767 w roku 1933.

Pomnik Angelo Celli'ego (1857—1914) pioniera badań nad zimnicą został odsłonięty na Pincio.

W Medjolanie umarł w wieku 80 lat senjor wydawców włoskich Ulrico Hoepli. Wydawnictwami swemi przyczynił się wielce do rozpowszechnienia wiedzy lekarskiej. Zasługi jego oceniają zgodnie uczeni i lekarze włoscy.

Anglja.

Nagroda lekarska im. Carnegie przyznaną została angielskiemu lekarzowi Kendall, który w kopalni wykonał amputację palca u chłopca celem uwolnienia ręki przygniecionej zwałami kamieni. K. wykonał amputację leżąc na plecach w ciągu 45 minut pod zwałami kamieni pod groźbą powtórnego oberwania się masy.

Stany Zjednoczone.

Dr. Townsend z Kalifornji podał projekt zużycia emerytur starców do walki z kryzysem ekonomicznym. Według jego projektu każdy obywatel St. Zjedn. powyżej lat 60 otrzyma, jako emeryturę 200 dolarów miesięcznie z warunkiem, że pieniądze te zostaną wydane w ciągu 30 dni. Projekt dr. Townsenda cieszy się olbrzymiem powodzeniem; około 4.000.000 osób podpisało petycję o wypróbowanie jego.

Indje ang.

W Indjach angielskich umiera rocznie 100.000 ludzi spowodu ospy (szczepienie nie jest obowiązkowe).

Cejlon.

Ofiarą zimnicy, która w zastraszający sposób się rozszerzała, padło pół miljona ludzi.

Rumunja.

W centrum przemysłu naftowego w Ploisti stanie prawdopodobnie pomnik Ignacego Łukasiewicza, polskiego aptekarza, znanego z epokowych odkryć.

Anglja.

Na przedmieściu Londynu został otwarty Instytut Psychologiczno-Lekarski, w którym przeprowadza się badania nad przestępcami i przestępczością.

Komunikaty.

Rada Naukowa Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Dnia 5 lutego b. r. odbyło się Zebranie Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, na którem dr. Wernic, po zagajeniu posiedzenia, omówił zakres działalności Rady Naukowej.

Do zadań Rady Naukowej należy ustalanie programu prac poszczególnych sekcyj Tow. Eugen., pobudzanie do oryginalnych badań z zakresu eugeniki, układanie planów kursów dla lekarzy oraz udzielanie stypendjów.

Na zebraniu tem dokonano wyboru władz Rady Naukowej, przyczem przez aklamację obrano prof. Melanowskiego na przewodniczącego, prof. Skalińską, doc. Stołyhwową, płk. dr. Wagę, płk. dr. Nelkena na wice-przewodniczących, oraz por. dr. Chmielowskiego i dr. Szpidbauma na sekretarzy.

W wyniku dyskusji, która się rozwinęła, postanowiono bieżącego roku poświęcić szereg posiedzeń omówieniu zagadnień dziedziczności zespołów chorobowych.

Jako prelegentów zaproszono szereg wybitnych specjalistów poszczególnych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie chcąc ułatwić młodym lekarzom styczność z naukowym ruchem lekarskim, powołało do życia instytucję hospitantów. Hospitantem Towarzystwa może być każdy lekarz do końca piątego roku od chwili uzyskania dyplomu ważnego na terenie Państwa, przyjęty przez Zarząd Towarzystwa na skutek przedstawienia Go przez dwóch członków rzeczywistych. Hospitanci opłacają składkę w wysokości sześć złotych rocznie. Przysługuje Im prawo udziału w posiedzeniach naukowych Towarzystwa i korzystanie z bibljoteki. Hospitanci legitymują się fotografją zaopatrzoną w poświadczenie tożsamości osoby, która służy zarazem jako karta wstępu do lokalów Towarzystwa.

Równocześnie Towarzystwo zachęca do wstępowania w szeregi członków czynnych. Zwraca uwagę, że pomijając korzyści naukowe członkowie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego są równocześnie członkami Towarzystwa Lekarzy b. Galicji, którego cały, znaczny majątek służy wyłącznie akcji pomocy dla wdów i sierót po swych członkach. Świadczenia tego Towarzystwa są już znaczne i corocznie się powiększają. Wystąpienie z szeregu członków Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego powoduje równoczesne wykreślenie z listy członków Towarzystwa Lekarzy b. Galicji, a co za tem idzie całkowitą utratę praw do świadczeń.

Wreszcie Towarzystwo Lekarskie Lwowskie zwraca się tą drogą do swych członków i sympatyków z uprzejmą prośbą o nadsyłanie fotografij byłych prezesów Towarzystwa pod adresem Kolegi Doc. Dra Witołda Ziembickiego, Lwów, ul. Bielowskiego L. 6.

Komitet Organizacyjny VI Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich zawiadamia, że Zjazd odbędzie się w Łodzi dnia 1—3 listopada b. r. Tematy programowe: a) Temat wspólny ze Zjazdem Pedjatrów „Etiologja zapalenia mózgowia". Referent Prof. Z. Szymanowski. b) „Mikrobiologja błonicy". Referent Doc. Dr. E. Przesmycki. c) „Biologja i systematyka beztlenowców". Referent Prof. A. Ławrynowicz. d) „Bakterjologja zakażeń przyrannych". Referent Doc. Dr. L. Owczarewicz. Tematy referatów, stojących w związku z tematami programowemi, również tematy referatów pozaprogramowych uprasza się kierować do dnia 1 października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu. Na wypadek większej ilości referatów zgłoszonych, Komitet rezerwuje sobie prawo wyboru referatów, które będą wygłoszone na posiedzeniach. Reszta referatów będzie ogłoszona w Pamiętniku Zjazdu. Adres Komitetu Organizacyjnego: Łódź, Państwowy Zakład Higjeny Filja w Łodzi, ul. Gdańska 44.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.